Rok XLII. Kraków 11 Lipca 1903. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie położnych w naszym kraju.

Podał

Prof. Dr. Al. Rosner.

Jest to niewątpliwą zasługą Doc. Sołowija, że poruszył sprawę reformy stanu położnych. Sprawa ta, omawiana po za granicami naszego kraju, zwłaszcza w Niemczech, w całym szeregu doskonałych artykułów, u nas zajmuje stosunkowo za mało świat lekarski, który przecież powołany jest do tego, żeby reformie tej wskazać i utorować drogę. Prócz cennych uwag prof. Marsa o instrukcyi dla położnych z r. 1897, i artykułów Doc. Sołowija i Bylickiego, nie widzimy w literaturze naszej lekarskiej zajęcia się tą bądź co bądź piekącą sprawą.

Zajmując się od kilku lat nauczaniem położnych, miałem sposobność poczynienia niektórych spostrzeżeń i zamierzałem sprawie reformy stanu położnych poświęcić obszerniejsze uwagi. Odkładając to na później, pragnę dziś tylko zabrać głos w dyskusyi, wszczętej przez Docentów Sołowija i Bylickiego. Czynię to między innemi i dlatego, że choć w przeważnej części zgadzam się na wywody obu autorów (o ile nie są ze sobą sprzeczne), to przecież zdaje mi się, że nie dotknęli oni jądra sprawy i w uwagach swych kładli za wielki nacisk na rzeczy, które, choć ważne, nie mogą być uważanemi za punkt wyjścia dla reform.

Jak z jednej strony zgadzam się z kol. Bylickim że instrukcya służbowa odgrywa tu znikomo małą rolę, tak z drugiej strony sądzę, że sprawa reformy stanu położnych w naszym kraju nie byłaby bynajmniej rozwiązaną, gdyby w obu jego stolicach i w kilku innych większych miastach praktykowało kilkadziesiąt, czy sto kilkadziesiąt położnych, stojących na wysokości zadania, gdyby lekarze wpływem swoim i przykładem kształcili położne w praktyce itd.; gdyż smutny fakt, że blisko 80% rodzących obchodzi się bez położnej, że są powiaty, pozbawione prawie całkiem ich zawodowej pomocy, nie uległby przez to zmianie. Dodajmy nadto, że przeważna liczba tych właśnie położnych, które najwięcej potrzebują tego, bezwątpienia korzystnego wpływu dobrych akuszerów, t. j. tych położnych, które praktykują między ludem wiejskim, spotyka się z takimi lekarzami bardzo rzadko.

Niedostatków w stanie położnych w naszym kraju widzę dwa: 1) położnych jest za mało, a 2) te, które są, nie są takiemi, jakiemi być powinny. To odnosi się do przeważającej większości położnych.

Pierwszy z tych niedostatków, t. j. niewątpliwie za mała liczba położnych, nie może być naturalnie winą szkoły lub instrukcyi służbowej; wina tkwi znacznie głębiej, t. j. w niezrozumieniu potrzeby położnych w gminach wiejskich przez te czynniki, od których możnaby wymagać zrozumienia tej potrzeby: — przez powiatowe władze autonomiczne, a po części i rządowe. Jako dowód, że tak jest, posłużyć mogą liczby wykazujące, jak w rozmaitych powiatach zachodniej Galicyi liczba położnych jest rozmaita.

Są wydziały Rad powiatowych, przysyłające rok rocznie stypendystki do szkoły i kształcące rok rocznie po kilka położnych. Są inne (często bogatsze) powiaty, które nie zajmują się zgoła tą sprawą i są prawie zupełnie pozbawione położnych. Znam lekarzy powiatowych, zajmujących się niesłychanie gorliwie wyszukiwaniem kandydatek na położne, opiekujących się niemi w szkole, a potem w gminie; znam innych, którzy sprawę tę uważają za rzecz mniejszej wagi. Ztąd pochodzi fakt dziwny, że dwa sąsiadujące ze sobą powiaty co do liczby położnych, liczby porodów odbytych przy ich pomocy, a co za tem idzie i co do śmiertelności matek i dzieci po porodzie, są zgoła do siebie niepodobne, t. j. gdy jeden ma dużo położnych gminnych, duży odsetek kobiet rodzących pod ich opieką i mały odsetek śmiertelności po porodach, drugi okazuje stosunki wprost odwrotne: jeden staje się z roku na rok coraz podobniejszym do świata cywilizowanego (co do pomocy położnych przy porodach), drugi o ten rodzaj cywilizacyi nie dba, lub dba za mało.

Jako pierwszy więc postulat, mający zapobiedz temu niedostatkowi, uważam ujęcie sprawy wysyłania stypendystek do szkół położnych przez władze krajowe centralne autonomiczne i rządowe, lub przynajmniej wywarcie przez te władze odpowiedniego nacisku na te Rady powiatowe, które w tej kwestyi obowiązku swojego nie rozumieją.

Niedostatek co do ilości położnych odczuwa się tylko po wsiach; w miastach, zwłaszcza większych, jest ich raczej za dużo, niż za mało; stosunki są więc podobne, jak co do rozmieszczenia lekarzy w naszym kraju. Błędnem byłoby jednak zapatrywanie, jakoby tu i tam jednakowa była przyczyna tego zjawiska. Przeciwnie spostrzeżenia moje pouczają mnie, że o ile położne, praktykujące w miastach, z nielicznymi wyjątkami ciężko walczą o kawałek chleba, położnym wiejskim powodzi się przeważnie dobrze, czasami nadzwyczaj dobrze.

Drugi niedostatek, t. j. fakt, że przeważna liczba naszych położnych nie jest na wysokości zadania i okazuje liczne braki, zwłaszcza w zakresie aseptyki, niedostatek, który, o ile wiem, odczuwać się daje i w innych krajach, ma zgoła inne przyczyny.

Chcąc zrozumieć te przyczyny, trzeba sobie zdać sprawę ze wszystkich tych czynników, które tu odgrywają rolę, a które zebrać możemy w trzech punktach: 1) materyał, z którego powstają położne; 2) wpływ szkoły i późniejszej kontroli; 3) wpływ społeczeństwa, w którem praktykują, in-

nemi słowy wpływ praktyki prywatnej. *Anticipando* wypowiadam twierdzenie, że wpływy, ujęte w dwóch ostatnich punktach, działają w dyametralnie sprzecznych kierunkach i że jeden stara się zetrzeć i unicestwić drugi, gdyż jeden uczy, a drugi oducza.

Jakość i wartość położnej jest wypadkową działania tych dwóch sprzecznych sił. Naturalnie odgrywa tu wielką rolę wartość samego materyału, na który te siły działają i czas ich działania; bo są kobiety, które się łatwo uczą, a trudno oduczają, są także i inne, stanowiące materyał mniej wartościowy, które się trudno uczą, a łatwo oduczają, nie ma jednak, zdaniem mojem, takich, któreby zdołały oprzeć się w zupełności wpływowi praktyki, niszczącemu wszelkie w szkole zaszczepione zasady, jeśli ten wpływ jest silnym i, co bardzo ważne, długotrwałym. *Mutatis mutandis* dzieją się rzeczy podobne i w świecie lekarskim, a jeśli nie objawiają się tak smutno i tak jaskrawo, to właśnie dla tego, że materyał, z którego zrobiono lekarzy, jest na dobre wpływy szkoły wrażliwszym, a na złe wpływy praktyki oporniejszym, i że w lekturze naukowej ma sposób chronienia się przed tymi złymi wpływami.

Udowodnić, dla czego zetknięcie się z publicznością i warunki, w których odbywa się praktyka położnych (po za ten temat nie chcę wychodzić), działają na nie szkodliwie, nie jest rzeczą łatwą; że tak jednak jest, potwierdzi chyba każdy, kto się nad temi rzeczami zastanawiał. Szeroka publiczność, a mam tu na myśli warstwy najniżej oświecone i najliczniejsze, nie lubi, a przynajmniej nie uznaje dobrych położnych; nie rozumie i nie żąda czystości; wymaga od położnej posług, które z aseptyką pogodzić się nie dadzą, utrudnia jej na każdym kroku jej zadanie, n. b. na własną niekorzyść. Po wsiach, wzywając położne, stawia jej nieraz rodzina za warunek nie używanie środków odrażających, nie ubierania się w biały płaszcz świeżo wyprany itd. itd. i biada położnej, którąby chciała wbrew temu prądowi ratować w praktyce zasady, wyniesione ze szkoły; stanie się wtedy niezrozumiałą, a więc i niemiłą i nie będzie mieć praktyki i dochodów właśnie dlatego, że jest czysta.

W tych mało oświeconych warstwach dobrą położną jest taka, która „nie jest wielką panią“, to znaczy, pełni obowiązki służącej, z aseptyką nie zgodne i nie naraża domu na koszta; używa mało bielizny, nie kupuje kanki, ani cewnika, wypotrzebowuje najmniejszą ilość antyseptyków, lub wcale antyseptyki nie używa, nie wzywa lekarza, chyba w ostateczności, nie robi sobą kłopotu, t. j. nie gotuje gazy, nożyczek i innych rzeczy i — co ważne — poddaje się zdaniu starszej „doświadczonej“ osoby, najczęściej matki. Przez te „matki“ przechodzą zaś z pokolenia na pokolenie zabobony i przesądy i te „matki“ są właśnie przyczyną, dla czego specyalnie w zakresie położnictwa światło wiedzy nie może rozprószyć ciemności przesądów. Te „matki“, a nie wysokie władze rządowe, dyktują położnej w praktyce instrukcyę służbową, którą ona w przeciwstawieniu do instrukcyi rządowej doskonale zna i do której w własnym, dobrze zrozumianym interesie po pewnym krótkotrwałym oporze zaczyna się stosować.

Ta instrukcya „matki“ zwalcza najczęściej i zwykle najgoręcej aseptykę, uważa rodzenie w ułożeniu na bok za rzecz nieprzyzwoitą, uznaje niekąpanie noworodka w pierwszych dniach za nieludzkie zaniedbanie „tego maleństwa“ itd. itd. Nie trzeba sądzić, jakoby te ciemne „matki“ były wyłączną specyalnością warstw nizko oświeconych; spotykamy je i w najwyższych, gdzie są o tyle niebezpieczniejsze, że nie cofają się przed powagą lekarza i jemu nawet starają się podyktować swoją „instrukcyę“.

Tych kilka uwag wystarczy na usprawiedliwienie, dla czego *sub* 3) wymieniony wpływ społeczeństwa i praktyki prywatnej na położne nazwałem dyametralnie sprzecznym z wpływem *sub* 2), jaki wywiera szkoła.

Chcąc poprawić stan położnych, chcąc mieć lepsze położne, niż są dzisiaj, pragnąc jednem słowem stworzyć reformę na tem polu, należy uwzględnić równocześnie, wszystkie trzy czynniki t. j. oba te sprzeczne wpływy i materyał, na który one działają.

Należy więc starać się 1) o materyał możliwie najpodatniejszy dla szkoły, najoporniejszy względem „wpływów świata“; 2) dać szkole możność wywarcia jak najsilniejszego wpływu dodatniego i 3) chronić położne, ile możności, od zbyt długiego działania wpływów szkodliwych i jeśli to możliwe, starać się wpływ ten zwalczać i zmniejszać.

Ad 1) Materyał. Ponieważ w naszym kraju brak położnych po wsiach jest, zdaniem mojem, większem złem, niż to, że one okazują pewne braki, przeto nie uważałbym za właściwe, odnośnie do kobiet wiejskich, iść za radą kol. Bylickiego i zbyt przebierać w tym właśnie materyale. Kto widział babki wiejskie przy robocie i obserwował ofiary ich działania, ten zgodzi się ze mną, że stokroć lepszą jest na wsi położna średnio dobra, niż żadna. Takie przebieranie byłoby zresztą najgorszą przysługą, wyrządzoną nietylko ludności wiejskiej, ale i tym lekarzom powiatowym lub członkom Rady powiatowej, którzy z trudem wyszukują kandydatkę, a często z krzywdą dla innych potrzeb powiatu obdarzają ją zapomogami. Faktem jest, że warunki praktyki we wsi, a więc i możność skutecznego zwalczania babek, może mieć tylko wiejska kobieta i to najczęściej z tej samej parafii. Tego nie zmienimy żadnem rozporządzeniem; z tym faktem liczyć się musimy i nie możemy też żądać od kandydatki wyższego wykształcenia, niż ma wogóle ta warstwa ludności, z której ona wychodzi. Mniej więcej to samo odnosi się i do małych miasteczek, bo i tam warunki praktyki ma przedewszystkiem kobieta, tam urodzona i wychowana i naturalnie wszystkich dobrze znająca.

Inaczej nieco przedstawia się rzecz, jeśli zastanowimy się nad kandydatkami z większych miast. Tu zgodzę się z kol. Bylickim, że wymagania wstępnego egzaminu są może za małe. Ale pamiętajmy o tem, że w dzisiejszych stosunkach zgłaszają się do szkoły zwykle osoby nieszczęśliwe, walczące czasem z najokropniejszą nędzą i że logika i ludzkość wymagają, ażeby naprzód wyczerpać wszelkie inne sposoby reformy, ułatwiające temu lichemu materyałowi naukę w szkole i utrzymanie się przy osiągniętych w szkole wiadomościach, a dopiero — jeśli się okaże, że mimo wszystko nie są one dobremi położnemi, zamknąć im dostęp do szkoły.

Szkoła zastosować się tu musi do warunków społecznych; mając materyał do uczenia trudny, musi mu stworzyć najkorzystniejsze dla tej nauki warunki; musi go przed złymi wpływami ochraniać, a nie wprost potępić tu winy, które ponosi rząd i społeczeństwo, t. j. właśnie za to, że szkoła jest zła i że wskutek tego nie dość się w niej nauczył.

Mam to głębokie przekonanie, że te mało wykształcone

kandydatki mogłyby w innej szkole i przy należytej trosce o ich dalsze kształcenie wyjść na zupełnie dobre położne.

Wnioskuję więc: o ile z radością witam każdą wyżej wykształconą osobę, zapisującą się do szkoły, o tyle nie chciałbym obecnie utrudniać przyjmowania i tym mniej wykształconym, których chyba nie nadmiar szczęścia prowadzi na próg szkoły. Przyznaję się natomiast, że żal mi ich, że wstępują do takiej szkoły, z której mimo wszelkich naszych wysiłków nie wyniosą dostatecznych wiadomości.

Ad 2) Wpływ szkoły. Już z powyższych uwag wynika, że wpływ szkoły (a mam tu na myśli szkołę krakowską, w której uczę) nie jest dostatecznie silny, żeby mógł być trwałym. Szkoła nie posiada ani lokalu, ani urządzeń, któreby choć w przybliżeniu odpowiadały celowi; przeciwnie wszystko jest tak urządzone, ażeby naukę utrudnić. Przedewszystkiem więc nie ma sali wykładowej, będącej własnością szkoły, gdzieby można o każdej godzinie dnia i nocy wykładać, jeśli zajdzie potrzeba wykładu; ma tylko salę pożyczoną na dwie godziny dziennie od kliniki chorób skórnych. Szkoła nie ma internatu, wprost niezbędnego do skutecznego uczenia; nie ma pokoju dla uczennic, nie ma sal dla ciężarnych, dla położnic w obserwacyi lub gorączkujących, nie ma odpowiedniej dotacyi, nie ma żadnych tablic, mulaży; ma fantom do niczego i potargane lalki itd. itd.

Te braki odczuwamy też na każdym kroku i te braki sprawiają, że wiadomości, które uczennice nasze wynoszą ze szkoły, nie są dość silnie wpojone i ulatniają się już w pierwszych latach praktyki.

Weźmy dla przykładu rzecz najważniejszą: zasady czystości i zapytajmy się, co mówi teorya, t. j. co wykładamy w cudzej sali wykładowej, a na co patrzą przez 9 miesięcy uczennice własnemi oczyma:

1) teorya mówi: położnica gorączkująca może się stać łatwo niebezpieczną dla położnic zdrowych i położna nie śmie odwiedzać równocześnie jednej i drugiej; praktyka uczy: gorączkujące i niegorączkujące leżą razem, bo niema pokoju dla odosobnienia;

2) teorya mówi: noworodek nie powinien leżeć w łóżku matki. Praktyka uczy: noworodki leżą z matkami w łóżkach, bo niema dla nich łóżeczek;

3) teorya mówi: bielizna w łóżku położnicy, a przedewszystkiem podkład, musi być często zmieniany. Poszewka, kołdra i koszula położnicy powinny być czyste; praktyka uczy: bielizna w łóżku jest brudna, bo jest jej stale za mało;

4) teorya mówi: powietrze pokoju położnicy powinno być czyste i często odświeżane; praktyka uczy: w salach położnic jest zaduch nie do wytrzymania;

5) teorya mówi: pokój, w którym kobieta rodzi, powinien być czysty, trzeba wyszukać taki, w którym nikt nie chorował; praktyka uczy: w tej samej sali porodowej rodzi osoba zakażona, septyczna i zdrowa, a to z tej przyczyny, ponieważ drugiej sali porodowej niema;

6) teorya mówi: woda, w której się myje ręce powinna być czysta; praktyka uczy: woda, używana do mycia rąk, a pochodząca z wodociągu szpitalnego, bywa czasem tak brudną, że aż cuchnie.

Przykładów takich mógłbym namnożyć więcej. Te, które przytoczyłem, wystarczą. Kto zna wartość nauki poglądowej, przyzna, że położna lepiej i na czas dłuższy spamięta konkretny brud i niechlujstwo, panujące w szkole, niż teoretyczną czystość, o której jej opowiadano w sali wykładowej.

Największem złem naszej szkoły jest jednak brak internatu. Tylko internat daje możność dopilnowania osobistej czystości uczennic, tylko internat pozwala wyzyskać cały, na liczbę uczennic za szczupły, materyał.

Nie dziw, że go niema w dzisiejszej szkole krakowskiej, która podobno jest prowizoryczną; smutniejszem jest fakt, że go niema w szkole lwowskiej. Miejmy nadzieję, że w nowym zakładzie krakowskim znajdzie się nań miejsce.

Wymieniłem tylko niektóre braki szkoły; jest ich znacznie więcej. One to, a nie brak dobrej instrukcyi, i nie brak wykształcenia u zapisujących się do szkoły kandydatek, są w pierwszym rzędzie przyczyną tej nieoporności położnych wobec złych wpływów praktyki, — i one w pierwszym rzędzie powinny być usunięte. Od ich usunięcia, od stworzenia dobrych szkół, powinno się rozpocząć reformę. Jakość jest tu ważniejsza od ilości. Smutne stosunki nie ulegną żadnej zmianie nawet wtenczas, kiedy uchwała sejmowa doczeka się urzeczywistnienia i kiedy powstaną nowe szkoły położnych w kraju, jeśli tym, które dziś są, i tym nowo powstałym, nie da się możności porządnego uczenia.

Jeśli szkoła krakowska wywierać ma wpływ dodatni i należycie uodpornić uczennicę na niekorzystne wpływy praktyki, powinna otrzymać nowy celowi odpowiadający lokal z internatem, lokal, w którymby czyny nie zadawały kłamu słowom i w którymby cały materyał dał się do celów dydaktycznych wyzyskać.

A teraz pytanie, czy nauka nie trwa za krótko? czy termin jej dziewięciomiesięczny jest dostatecznie długi? W dzisiejszej szkole nie powinny uczennice, zdaniem mojem, pozostawać dłużej, — w nowej zaś nie będą tego potrzebowały.

Dzisiaj ten 9-miesięczny pobyt w Krakowie, a przypuszczam i we Lwowie, jest dla uczennic męką.

Z małymi wyjątkami cierpią one nędzę i wydane są na pastwę wyzysku w mieszkaniach „kątem“. To, czego teorya nauczyć może, wynoszą ze szkoły w dostatecznej ilości; do nauczania praktycznego, które nigdy dość długo trwać nie może, nie mamy i tak dostatecznej sposobności. W przyszłości wobec internatu, czas 9 miesięcy będzie aż nadto wystarczającym. Nie zdaje mi się więc, żeby zmiana w tym kierunku była pożądaną.

Ad 3) Niekorzystny wpływ praktyki prywatnej. Ten nieda się tak łatwo usunąć. Tkwi on, jak wspomniałem, w nizkim poziomie oświaty i powoli będzie się zapewne zmieniał na lepsze. Postęp ten przyspieszać, oto jedno z zadań towarzystw Oświaty ludowej. Niechaj do bibliotek ludowych dostaną się popularne dziełka o zasadach aseptyki porodowej, niechaj ci, którzy z natury rzeczy mają największy wpływ na lud, t. j. księża, torują temu postępowi drogę, a powoli, powoli, z biegiem lat, czynnik ten, tak źle na nasze położne działający, osłabnie. Tymczasem czynić jednak trzeba wszystko, żeby położnym ułatwić walkę z tym demoralizującym je wpływem. Tu odegrają najważniejszą rolę projektowane przez rząd kursa powtarzania, pod warunkiem, że będą w nich brać udział wszystkie położne co pewną liczbę lat i że będą się one odbywać w internatach. Zgodnie z kol. Sołowijem uważam za konie-

czne urządzenie tych kursów w taki sposób, żeby położne nie były narażone na żadne straty finansowe i to tak w zakresie *damnum emergens*, jak i *lucrum cessans*. Tylko, jeśli wszystkie położne będą w nich brać udział i jeśli przez nie żadnych strat pieniężnych nie będą ponosić, tylko wtenczas uważać je będą za rzecz pożyteczną i przyjemną, a nie za karę, jak to słusznie podnosi S. B. Schultze. Takie kursa będą wówczas pewnego rodzaju, że się tak wyrażę, „rewakcynacyą ochronną“. Dzisiejszy, niewątpliwie korzystny i w tym samym kierunku działający wpływ lekarzy powiatowych i lekarzy, spotykających się z położnemi przy łóżku chorej, jest, jak praktyka dowodzi, za słaby.

Wreszcie — jedna jeszcze uwaga. Szkołom powinien być przyznany pewien wpływ na obsadzenie posad okręgowych i gminnych. Po zaprowadzeniu kursów powtarzania każda położna mieć będzie w szkole swoje akta i profesorowi szkoły dobrze będzie znaną jej wartość. Niechaj więc odpowiednie władze, nadające posady, zapytają się go o opinię. Dziś spotykam się nieraz z żalami odpalonych kandydatek o posadę, że kwalifikacye nic nie znaczą, gdyż posadę dostała położna, notorycznie najmniej czysta i najmniej umiejąca. To nie zachęca do nauki, gdy przeciwnie, łatwo zrozumieć, że uczennice i położne na kursach repetycyjnych starać się będą uzyskać jak najlepszą opinię profesora, jeśli od niej zależeć ma późniejsza jej posada. Takie zasięganie opinii szkoły będzie więc również przeciwdziałać degeneracyi położnych. W ogóle korzystnem by było, gdyby uczennice po otrzymaniu dyplomu nie zrywały wszelkich ze szkołą stosunków.

W szkole za kratkami powinny być ogłaszane wszelkie konkursa na posady gminne i okręgowe, które dziś obsadza się prawie potajemnie. To ułatwienie akuszerce ciągłego i trwałego zetknięcia ze szkołą, z której wyszła, wyjdzie jej z pewnością na dobre; przy sposobności opowie o przypadkach, które spostrzegała i w rozmowie dowie się zapewne rzeczy, które się jej w praktyce przydać mogą. Szkoła powinna, jednem słowem, być pewnego rodzaju naukową władzą nietylko nad uczennicami ale i nad akuszerkami, powinna być tem, czem jest klinika dla lekarzy t. j. instytucyą, w której zawsze znajdą chętne przyjęcie, radę i pomoc.

Oto główne punkta wytyczne dla reform w najbliższej przyszłości. Czy żądana przez kol. Sołowija zmiana w instrukcyi służbowej jest potrzebną? Sądzę, że tak, ale przyznaję, że czynię to głównie dlatego, że taka zmiana wykluczy potrzebę niemiłego dla prelegenta polemizowania z instrukcyą.

Zgodnie z kol. Bylickim uważam wpływ instrukcyi służbowej na działalność położnych za minimalny. Uczennice moje używają sublimatu, mimo, że o nim nie mówi instrukcya, a sublimat ten zapisuję im bez obawy; używają protargolu, choć nie jest przepisany; nie dają noworodkom lewatywek, bo im tego zakazuję, nie kąpią noworodków w pierwszych dniach po porodzie, choć tego wymaga instrukcya itd. Wogóle uważam, że przepisy służbowe, wydane dnia 10 września 1897 r., są stanowczo zanadto szczegółowe i w wielu ustępach pisane są w tonie podręcznika, na który znowu w innych punktach się powołują. Tymczasem instrukcya jest dla całej Przedlitawii wspólna, a takiego wspólnego podręcznika na szczęście brak. Ztąd pochodzi, że są ustępy w książce naukowej, sprzeczne z przepisami instrukcyi, jak n. p.: § 22 instrukcyi nie mówi ani słowem o zakraplaniu oczu noworodka, natomiast podręcznik prof. Jordana poleca na str. 179 zapuszczanie kilkunastu kropli 10% protargolu, podręcznik zaś Piskačka (str. 95) pozwala wykonywać ten rękoczyn tylko lekarzom, lub w braku lekarza, położnej. Takich niezgodności znalazłoby się więcej, a przecież sama instrukcya poleca położnej mieć stale przy sobie „Podręcznik nauki położnictwa dla położnych, który jej podczas nauki w szkole służył za przewodnika, aby z niego zasięgnąć rady“ (str. 8), a więc książkę, w ważnych ustępach z instrukcyą sprzeczną.

Wobec tej sprzeczności położne idą za radą podręcznika, a więc przeciw przepisom instrukcyi i dlatego przepisy służbowe małą odgrywają w praktyce położnych rolę. Zgadzając się z kol. Sołowijem na to, że instrukcya powinna być zmieniona, sądzę, że zmiana ta polegać powinna na znacznem skróceniu z ustawicznym powoływaniem się na książkę naukową, aby w ten sposób zostawić autorowi książki i profesorowi szkoły jak największą swobodę, bez narażania go na potrzebę polemizowania z instrukcyą.

Reformę stanu położnych w naszym kraju i w najbliższej przyszłości wyobrażam sobie w następujący sposób:

1) Musi nastąpić ujednostajnienie w wysyłaniu kandydatek do szkół z poszczególnych powiatów, w myśl uwag powyżej poczynionych.

2) Szkoły położnych powinny być z gruntu zmienione tak, aby nauka w nich odbywać się mogła z korzyścią; przedewszystkiem więc muszą otrzymać internaty. W jaki sposób zmianę tę pojmuję, opisałem powyżej.

3) Kursa repetycyjne powinny być jak najrychlej zaprowadzone i to w ten sposób, jak to wyszczególniłem.

4) Profesorom szkół położnych powinno być przyznane prawo wydawania opinii o wartości kandydatek, ubiegających się o posadę.

5) Instrukcya powinna być z gruntu zmieniona, a przedewszystkiem skrócona tak, żeby autor podręcznika i profesor szkoły nie potrzebowali wykładać sprzecznie z przepisami instrukcyi.

Uwagi kol. Sołowija, dotyczące zapewnienia położnym ze strony państwa pewnego minimum dochodów i zabezpieczenia ich na wypadek niezdolności do pracy, uważam za postulaty, dające się urzeczywistnić chyba w odległej przyszłości.

II. Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce lekarskiej.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Dokończenie).

Jeżeli pragniemy, aby zasady postępowania bezgnilnego były własnością ogółu lekarzy, aby stały się powszechnemi, musimy dążyć do tego, aby ogół lekarzy mógł nabrać tego właściwego wychowania w postępowaniu bezgnilnem. W tym celu powinniśmy przedewszystkiem wymagać, aby szkoła była w ten sposób urządzona, iżby to wychowanie mogła uczniom nadawać.

Wychowanie to powinno się poczynać z wstąpieniem ucznia na wydział lekarski, co dziś się dzieje tylko w bar-

dzo ograniczonej mierze. Mam tu na myśli pracownie, do których uczniowie przez pierwsze dwa lata uczęszczają, a w których się zanieczyszczają i powiem nawet oswajają się z nieczystościami. W pracowniach tych powinny być zaprowadzone urządzenia do tego, aby uczniowie się nie zanieczyszczali, a o ile się zanieczyszczają, aby się z łatwością oczyścić mogli. We wszystkich pracowniach powinny być osobne szatnie na wierzchnie ubrania; dalej, uczniowie powinni pracować tylko w chałatach, któreby się dawały dobrze prać i wygotowywać. Do roboty uczeń powinien się zabierać po starannem oczyszczeniu rąk, a po ukończeniu pracy, opuszczając pracownię, powinien się tak oczyścić, aby miał ręce wyjałowione.

Samo przez się rozumie się, że to tem więcej odnosi się do ćwiczeń w operacyach położniczych, ginekologicznych, chirurgicznych, ocznych i t. d.

Niektóre pracownie posiadają takie urządzenia, ale to nie wystarcza, gdyż nie istnieje przymus, aby uczniowie z tych urządzeń korzystali.

Uczniowie w ten sposób przyuczeni, gdyby oczyszczanie się po zanieczyszczeniu i ochrona przed zanieczyszczeniem była im niejako wszczepioną, przyszliby do kliniki tak przygotowani, że profesor kliniczny niewieleby potrzebował pracy, aby ich do reszty wyćwiczyć w postępowaniu bezgnilnem. Mógłby ich przypuścić do materyału i szerzej umożliwić naukę. Byłoby to dobrodziejstwem dla uczniów, ulgą dla profesorów, pewnem zabezpieczeniem dla chorych klinicznych.

Mówiąc o szkole, niemogę pominąć tej okoliczności, że często pomiędzy kolegami słyszy się zdania poważnych lekarzy, którzy ganią dzisiejsze urządzenia w klinikach i dzisiejszy sposób nauczania. Twierdzą, że zbyt szeroko pomyślane urządzenia kliniczne do postępowania bezgnilnego są zbyteczne i raczej wprawiają ucznia w zwątpienie, czy potrafi zadość uczynić wymaganiom nauki, gdy się sam znajdzie w życiu bez tych urządzeń. Powiadają oni dalej, że klinika powinna nauczyć lekarza, jak ma postępować w praktyce, jak ma sobie radzić wśród najniekorzystniejszych warunków, a nie uczyć działania w warunkach, w jakich lekarz na prowincyi pracować nie będzie, jakich sobie wręcz stworzyć nie może. To nie sztuka badać, operować, jak się ma taką pomoc i środki, jakimi kliniki rozporządzają Takie zdania i tym podobne słyszy się często, a jeżeli kto, to właśnie profesor kliniczny musi się nad temi uwagami zastanowić, o ile one są słuszne.

Sądzę, że te zdania i uwagi są niesłuszne; odpowiadać jednak nie można na nie dorywczo, raczej wymagają one omówienia, i dlatego też je poruszam.

Każdy się zgodzi na to, że szkoła uniwersytecka jest siedzibą nauki, że na szkole tej ciążą pewne obowiązki moralne i że szkoła powinna stać na wysokości nauki, powinna się zajmować badaniami naukowemi i dążyć do podniesienia jej poziomu, rozwijać przedmiot, wyrabiać ludzi zawodowo wykształconych, ukwalifikowanych do pracy naukowej, powinna wpływać moralnie na społeczeństwo zawodowe i krajowe.

Wszystkie te obowiązki moralne pomijam, bo ci, którzy krytykują, powiadają, „klinika powinna być przedewszystkiem szkołą“. Zgoda! zupełnie słusznie i ja powiadam: „klinika powinna być szkołą“, ale dobrą szkołą, którąby odpowiadała swemu zadaniu.

Skoro tak rzecz postawimy, mimowoli nasuwa nam się pytanie: jaką ta szkoła być powinna? jak w niej nauczać należy? Klinika uniwersytecka nie jest szkołą zawodową, ale szkołą o wyższym i szerszym zakroju i zadaniu. Zadaniem szkoły wyższej uniwersyteckiej nie jest tylko nauczanie uczniów danego przedmiotu, nie jest rozszerzanie zakresu ich wiadomości, ani nie jest wzbogacanie doświadczenia, a szkoła, któraby tylko do tego dążyła, byłaby złą szkołą.

Obowiązkiem katedry uniwersyteckiej jest wynieść ucznia na taką wysokość, z którejby mógł spojrzeć na całość przedmiotu i objąć go w najogólniejszych zarysach, a skoro to spełni, zstępować z nim coraz to niżej do działów nauki, potem jeszcze niżej do pojedynczych przypadków, a wreszcie pokazywać szczegóły.

Gdy się już uczeń rozeznaje i odnajduje w przedmiocie, powinno się go zetknąć tu i owdzie z przedmiotem i kazać mu stawiać kroki o własnych siłach.

Tak pojęte nauczanie nie obejmuje wprawdzie przedmiotu, jako całości, ale poucza ucznia, jak się ma go uczyć, wyrabia w nim samodzielność w ramach danego przedmiotu. Tak prowadzony uczeń, gdy się przeistoczy w lekarza i rozpocznie działalność na własną rękę, da sobie zawsze radę, będzie niewątpliwie dzielnym i samodzielnym lekarzem.

Lekarz musi sobie dać radę nietylko z tymi przypadkami, jakie widział w klinice, ale ze wszystkimi, które się do niego zgłoszą, a ileż się takich potem zgłasza, jakich w klinice nie widział? Danego przedmiotu uczeń powinien się uczyć sam, profesor powinien mu tylko wskazać drogi i sposoby, jakiemi ma dojść do celu. Rozszerzać zakres wiadomości, zbierać doświadczenie może on dopiero później, w praktyce, tak dobrze szpitalnej, jako też i prywatnej.

Wykłady kliniczne, oparte na materyale klinicznym, pozbawione są systematyczności; uczeń wchodzi na klinikę i gubi się zrazu w tem, co go otacza, słyszy rzeczy, których zrazu nierozumie i z których sobie sprawy nie zdaje, niemniej atoli po krótkim czasie zaczyna obficie zbierać korzyści, jakie daje szkoła uniwersytecka.

Aby szkoła dać to mogła, aby uczeń miał rzeczywiste korzyści, niezbędnem jest, aby materyał był jak najobfitszy i najróżnorodniejszy, aby urządzenia kliniczne były wszechstronne, stojące na wysokości nauki, a wreszcie potrzeba jeszcze żywego słowa profesora, któryby umysły w tajniki wiedzy wprowadził.

Aby to żywe słowo nietylko rzecz rozjaśniło, ale się wbiło i w pamięć na całe życie, potrzeba, aby było oparte na przedmiocie, jakim jest materyał przeznaczony do nauki. Z obrazem chorego, którego uczeń w klinice widzi, kojarzy słowa profesora w pamięci, łączy wszystkie urządzenia i sposoby postępowania, które z tym chorym i jego cierpieniem były wprowadzone w związek; powstaje całość w jego umyśle, która w późniejszem życiu przywołana do świadomości, wywołuje wszystko w tej samej łączności, w jakiej była pierwotnie związana.

Może się ktoś ze mną niezgadzać i powie, że dobry profesor potrafi byle gdzie, przy byle przypadku, świetnie uczyć i wykładać. Ależ zgoda, jestem przekonany, że każdy profesor to potrafi, jest to obowiązkiem każdego profesora; co więcej, profesor będzie tak wykładał, że porwie słuchaczów, ale tu nie o to chodzi, czy profesor dobrze uczyć potrafi, ale o to, ile uczeń z wykładu profesora wyniesie?

Dla lepszego zrozumienia dam przykład, albo raczej proponuję doświadczenie, które często powtarzałem. Jeżeli się spotka publiczność, powracającą z odczytu, który by połączony z licznemi demonstracyami, objaśniony rysunkami, to chociaż mówią, że profesor wykładał nudnie, na zapytania odpowiadają dokładnie, co było przedmiotem wykładu jakie myśli profesor wypowiedział. Jeżeli zaś słuchacze wracają z wykładu pod wrażeniem zachwytu, z wykładu wśród którego były rzucane tylko myśli, które porywały, a nie było rysunków i demonstracyi, to gdy się takiego zachwyconego zapytać, o czem właściwie była mowa, zaraz się zająknie, potem namyśla i wreszcie najczęściej powie tytuł prelekcyi z dodatkiem, że tego tak na zawołanie powtórzyć nie można.

Wydając sąd o szkole, nie należy zapominać, że każda uniwersytecka szkoła lekarska kształci nietylko praktyków dla kraju, ale wyrabia i dyrektorów szpitali, prymaryuszów i sekundaryuszów, przyszłych lekarzy wojskowych, kolejowych, więziennych, szkolnych, fabrycznych, zakładowych, okręgowych, powiatowych, kas chorych, kąpielowych i t. d. i t. d. Ci wszyscy potrzebują koniecznie poznania nauki na tej wysokości, na jakiej ona stoi, muszą wiedzieć, co i ile nauka dać może, aby każdy mógł z tego czerpać to, czego mu do jego przyszłego zawodu lub stanowiska potrzeba.

Że takich urządzeń, jakie mają zasobnie urządzone kliniki, nie spotykamy zwykle w oddziałach szpitalnych, to prawda; ale szpitale i zakłady lecznicze posiadają różne urządzenia, których wzory lekarze w klinikach poznali.

Jeżeli sobie przypomnę urządzenia naszych pracowni i klinik z czasów, gdy byłem uczniem i porównam je z urządzeniami dzisiejszemi w małych nawet, ale nowszych szpitalach prowincyonalnych, to wyznać muszę, że te ostatnie stoją dziś daleko wyżej co do urządzeń, aniżeli kliniki uniwersyteckie, w których się uczyłem.

Te urządzenia, które dziś zdają się być może zbyteczne i przesadzone, jutro będą konieczne w szpitalu prowincyonalnym.

Jako przykład przytoczę fakt, że za moich czasów, gdym na uniwersytet wstępował, mikroskop w uniwersytecie mieli: anatom, chemik, botanik, fizyolog i anatom patologiczny. Dzisiaj ma go najmniejszy szpitalik prowincyonalny i wielu lekarzy praktycznych, a przecież od tego czasu minęło zaledwo lat trzydzieści. Koledzy moi mawiali: „ja się chcę nauczyć badać, leczyć, radzić; ja tam nigdy laparotomii robić nie będę, lepiejby profesor uczył, jak nogi złamane składać, a nie żeby brzuchy otwierać podczas wykładu“.

Trzydzieści kilka lat temu, jak była zrobiona w Galicyi pierwsza owaryotomia z zejściem śmiertelnem; w lat kilka druga z nie lepszym wynikiem; a dzisiaj w miastach uniwersyteckich wykonuje się ich setkami, w szpitalach prowincyonalnych na dziesiątki, a rzadko z wynikiem ujemnym.

Wielu kolegów zazdrości profesorom i powiada, że w tych warunkach, w jakich profesorowie operują w klinikach, przy tych urządzeniach, przy tej pomocy, mieliby równie dobre, a może i lepsze wyniki. Niezaprzeczenie profesor kliniczny pracuje w korzystnych warunkach, ale i on ma trudne zadanie; on musi przecież myśleć o chorych, którzy mu powierzają zdrowie i życie, a na tych chorych musi uczyć uczniów, którzy są dla klinik i ich wyników najniekorzystniejszym czynnikiem. Uczniowie pod hasłem wolności uczenia się roją się po całym uniwersytecie. Profesor kliniczny, operator, nieraz sobie musi powiedzieć: „w szpitalu dobrze urządzonym miałbym jeszcze lepsze wyniki“.

O ile uczniowie są dla klinik niebezpieczni, wykazał Semmelweis, a po nim cały szereg autorów. Profesor często musi staczać ze sobą walkę, aby odnaleźć granicę między obowiązkami lekarza a nauczyciela, jak daleko mu iść wolno w jedną lub drugą stronę.

Jeżeli w klinice uczniowie są dla chorych czynnikiem niebezpiecznym, toż należy się za to tym chorym zabezpieczenie przeciw temu, należy się wyrównanie. To wyrównanie chorzy kliniczni otrzymują w dokładności postępowania, w wygodach, a głównie w urządzeniach, które obliczone nawet na przypadki nadzwyczajne, na każdą chwilę, na każde niebezpieczeństwo i dają rodzaj zabezpieczenia pomyślnych wyników. Im lepsze ma klinika wyniki, tem więcej może profesor pozwolić korzystać uczniom. Aby posiadał swobodę nauczania, musi dążyć do tego, aby miał wyniki lepsze, aniżeli te zakłady lecznicze uboższe, w których uczniów niema.

Zdaje mi się, że temi uwagami udowodniłem, że pomijając zupełnie względy naukowe, li tylko dla celów dydaktycznych szkoły, profesorowie kliniczni muszą się dobijać urządzeń, które postęp nauki ze sobą przynosi. To nie jest gonieniem za nowością, to nie jest naśladownictwem, ale koniecznością szkolną.

Zebrawszy to, co powiedziałem, aby postępowanie bezgnilne stało się powszechnem w praktyce, potrzeba:

I. aby postępowanie bezgnilne było uważane jako część szkolnego wychowania uniwersyteckiego;

II. aby uczniowie medycyny od pierwszej chwili wstąpienia na uniwersytet byli w tym kierunku wychowywani;

III. aby lekarze odwiedzali dobrze urządzone kliniki, i uczęszczali na kursa przeznaczone dla lekarzy;

IV. aby lekarze chorób wewnętrznych więcej się liczyli z postępowaniem bezgnilnem;

V. aby kliniki dążyły do zaopatrzenia się w najbogatsze i najszersze urządzenia, odpowiadające wysokości, na jakiej nauka stoi, a w szczególności w kierunku postępowania bezgnilnego.

III. Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. pod kierunkiem Prof. O. Bujwida.

O najnowszych zdobyczach bakteryologii w sprawie duru brzusznego.

Streszczenie zbiorowe.

Podał
Dr. Filip Eisenberg,
asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Wobec znacznych trudności, jakie przedstawia hodowanie bakteryi ze stolca, badania lat ostatnich zajmują się wykazaniem ich w sokach i wydalinach ustroju, gdzie znajdując się przeważnie w czystej hodowli, łatwo mogą być stwierdzone. Wielką zasługę w tym kierunku należy przypisać pracy Neufelda, zajmującej się hodowaniem bakteryj durowych z różyczki durowej. Podczas gdy dawniejsi autorowie w przypuszczeniu, że bakterye zawarte są we krwi różyczki, szczepiąc tę krew, mieli przeważnie wyniki ujemne, Neufeld wskazał na źródło błędów używanej przed

nim metody, a usunąwszy te błędy, stworzył metodę łatwo przystępną, pozwalającą z łatwością w większości przypadków uzyskać swoiste hodowle. Według niego bakterye zawarte są nie we krwi różyczki, lecz w samych przestworach tkankowych; ponieważ jednak, jak wiadomo, krew ludzka działa silnie zabójczo na bakterye durowe, więc przy dawnej metodzie, gdzie brano krew z różyczki, krew ta, wydostając się z nacięć (skaryfikacyi), miała sposobność zabić nieliczne bakterye, zawarte w tkance. Ilość bakteryi zawartych w plamie jest nader nieznaczna, to też E. Fraenklowi udało się w skrawkach z różyczki wykazać bakterye dopiero, gdy wycięte kawałki tkanki trzymał w jałowym bulionie przez pewien czas w termostacie, przez co bakterye mogły się rozmnożyć; badania te wykazały, że bakterye rzeczywiście nie w naczyniach krwionośnych się znajdują, ale przeważnie w przestworach chłonnych. Musimy tedy uważać różyczkę za zator z bakteryi, które usadowiwszy się w tkance, tworzą dokoła siebie małe ognisko martwicze. Na podstawie tych danych zrozumiałem jest, że najracyonalniejszą metodą uzyskania hodowli z różyczki będzie ta, przy której za materyał posłuży sok tkankowy, a działanie zabójcze krwi przez możliwie najszybsze jej rozcieńczenie zostanie usunięte, lub zmniejszone. Neufeld poleca tedy po delikatnem oczyszczeniu skóry zapomocą alkoholu i eteru naciąć ostrym lancetem plamę, wyskrobać ostrzem nieco soku tkankowego wraz z wydostającą się kroplą krwi jak najszybciej przenieść do probówki z bulionem. Im młodsza jest plama, tem większe są widoki uzyskania hodowli, w starszych bowiem plamach bakterye zdają się ulegać obumarciu i z tego też względu należy równocześnie szczepić sok z 3—5 plam, aby być pewnym dodatniego wyniku. Zapomocą tej metody udało się Neufeldowi na 14 badanych przypadków 13 razy wyhodować swoiste bakterye, a liczni autorowie, którzy metodę tę po nim stosowali, potwierdzają jej zalety. Lepsze jeszcze może wyniki da jej modyfikacya, polecona przez Schmiedickego: autor ten, oczyściwszy skórę, zeskrobuje tylko pokład skóry, pokrywający plamę, i przenosi go do bulionu, nie robiąc zupełnie nacięcia tak, że przy ostrożnem postępowaniu uzyskuje hodowlę z samej tkanki, bez śladu domieszki krwi, co potwierdza pogląd Neufelda. Badanie różyczki durowej, aczkolwiek nie w każdym przypadku może znaleźć zastosowanie, przedstawia cenny nabytek rozpoznawczy, gdyż w całym szeregu przypadków umożliwia rozpoznanie z końcem pierwszego, lub z początkiem drugiego tygodnia, a zatem w czasie, gdy często inne próby rozpoznawcze jeszcze nie mogą dać nam wyjaśnienia. Szczególnego znaczenia może też nabrać to badanie w przypadkach duru rzekomego, cechujących się obfitą zwykle wysypką, o czem niżej jeszcze będzie mowa. Przytoczony co dopiero pogląd Neufelda na sprawę hodowania z różyczki stosuje się w zupełności także do hodowania bakteryj durowych ze krwi. I tutaj metody, przez dawniejszych badaczy stosowane, oparte na mylnych założeniach, w przeważnej ilości przypadków dały wyniki ujemne. W zakażeniach posocznicych najłatwiej uzyskać hodowlę, jeśli się krew na kilka godzin pozostawia do wydzielenia surowicy; ziarniaki ropne przechodzą wtedy do surowicy, która na nie zupełnie nie działa zabójczo, a nawet jest znakomitem podłożem i w niej się rozmnażają; nadto w tych zakażeniach często już bardzo małe ilości krwi, jedna lub parę kropel nawet, uzyskanych z palca, wystarczają do otrzymania hodowli. Te doświadczenia i metody, przeniesione wprost do naszej choroby, oczywiście musiały uniemożliwiać uzyskanie wyników dodatnich; jak pouczyły badania lat ostatnich, ilość bakteryj durowych we krwi przeważnie jest nieznaczna tak, że tylko hodowanie ze znaczniejszej ilości krwi może doprowadzić do celu. Z drugiej strony zasadniczym warunkiem powodzenia takiej metody będzie szybkie i dostateczne rozcieńczenie krwi w celu usunięcia lub zmniejszenia zabójczego jej działania na bakterye. Castellani, który pierwszy sprawą tą się zajął, w pierwszej seryi 12 przypadków, w których szczepił po kilka kropel krwi do zwykłych probówek z bulionem, uzyskał same wyniki ujemne. To naprowadziło go na myśl szczepienia krwi, uzyskanej przez nakłócie z żyły, do większych ilości bulionu; rozdzielał tedy kilka centywetrów sześciennych krwi z żyły na 5—6 kolb, zawierających po 300 ctm.³ zwykłego słabo alkalicznego bulionu. Zapomocą tej metody udało mu się na 14 badanych przypadków duru w 12 wykazać bakterye we krwi i to przeważnie w drugim lub trzecim tygodniu choroby. Znaczenie rozpoznawcze metody najlepiej objaśniają następujące przypadki: w dwu odczyn Widala w czasie próby był jeszcze ujemny tak, że wyhodowanie bakteryi ze krwi ustaliło rozpoznanie; trzeci przypadek łagodny i nietypowy nie okazywał w ciągu dwóch tygodni trwania odczynu Widala, ani powiększenia śledziony, ani wysypki; tutaj tedy jedynie badanie krwi wyjaśniło naturę zakażenia. Metodą Castellaniego posługiwał się w rozleglejszych badaniach Courmont; według ogłoszonego ostatnimi czasy sprawozdania zbadał on 37 przypadków; z tych 33, poddanych badaniu aż do 20-go dnia choroby, dało wyniki dodatnie-4 po 20-tym dniu — ujemne. Najwcześniejsze wyniki dodatnie tego autora przypadają na 5-ty dzień choroby; w 5-ciu przypadkach badanie krwi wykazało obecność bakteryi, podczas gdy próba Widala dawała wynik ujemny. Szczególnie przemawia za doniosłością rozpoznawczą tej metody przypadek, w którym odczyn Widala wystąpił dopiero 45-go dnia choroby ($^1/_{40}$), podczas gdy już 9-go dnia można było wykazać bakterye we krwi. Jako ważny szczegół należy podnieść, że w okresie ozdrowienia, w stanie bezgorączkowym, nigdy nie udało się wykazać bakteryi we krwi, a jak wyżej już było powiedziane, brak ich już czasem w czwartym tygodniu choroby. W nawrotach czasem można je wykazać we krwi, czasem zaś nie. Sama technika badania przedstawia pewne osobliwości, z któremi trzeba być obeznanym, chcąc należycie oceniać wyniki. Courmont wydobywa zapomocą strzykawki 10—20 ctm.³ krwi z żyły środkowej przegubu łokciowego i rozdziela je po 2—3 ctm.³ do kolb, zawierających po 300—600 ctm.³ zwykłego bulionu. Wzrost bakteryi przeważnie bywa opóźniony i to czasem znacznie opóźniony; na 47 badanych prób 11 okazało wzrost po 1 dniu, 17 — po 2 dniach, 4 — po 3 dniach, 4 — po 4 dniach, 8 — po 5 dniach, 4 — po 6 dniach, 1 — po 7 dniach, 1 — po 10 dniach. Przyczyną tego opóźnionego wzrostu jest bakteryobójcze działanie krwi, które hamuje wzrost bakteryj durowych, jak się można przekonać doświadczalnie, po części zaś zdaje się, że żywotność bakteryi ze krwi jest osłabiona, gdyż wzrost występuje późno nawet wtedy, gdy kilka kropel krwi zaszczepimy do wielkiej kolby, t. j. gdy działanie bakteryobójcze zupełnie

jest zniesione przez rozcieńczenie. Wejrzenie hodowli ze krwi jest też nieco odrębne, gdyż bakterye są przeważnie nieruchome, często zaglutynowane działaniem surowicy, zawartej w hodowli, wyrosłe w dłuższe nici; jednak już następna hodowla, z tej oryginalnej przeszczepiona, przedstawia prawidłową ruchliwość zupełnie oddzielonych bakteryj. Bakterye ze krwi wyhodowane przeważnie różnią się od innych prawidłowych szczepów trudnością, z jaką ulegają aglutynacyi swoistej; na 35 szczepów, ze krwi wyhodowanych przez Courmonta, 7 zupełnie nie ulegało aglutynacyi, 24 trudniej, aniżeli prawidłowe, a tylko 4 dawały prawidłową aglutynacyę. Cecha ta nie jest jednak trwałą, gdyż po dłuższym lub krótszym szeregu następowych pokoleń szczepy te zwolna nabywają prawidłowej zdolności ulegania aglutynacyi, stwierdzając przez to dobitnie swą naturę durową. Wynika ztąd, że przy hodowaniu należy hodowle pozornie jałowe przez dłuższy czas obserwować, badając od czasu do czasu osad; przy oznaczaniu zaś uzyskanych hodowli tylko prawidłowe zachowanie się przy próbie aglutynacyjnej dowodzi, że mamy do czynienia z bakteryami durowemi; wynik ujemny lub niezupełny natomiast możliwości tej nie wyklucza. Na podstawie tych badań Courmont poleca bakteryologiczne badanie krwi, jako metodę rozpoznawczą pierwszorzędnej wagi w durze, powołując się przytem na zgodne wyniki innych badaczy. Tak Busquet w całym szeregu badanych przypadków uzyskał hodowle ze krwi, między innymi także w przypadku płucnej formy duru *(pneumotyphus)*; Toussaint w jednym przypadku już piątego dnia choroby, gdy odczyn Widala był jeszcze ujemny; Stefanelli w 26% badanych przypadków; Auerbach i Unger w 7 na 10; Hewlett w 20 na 24; Cole w 11 na 15. Widal zbadał 29 przypadków; z tych 5 lekkich form *(typhus levis)* dało wynik ujemny; na 24 prawidłowych i ciężkich miał 17 wyników dodatnich, 7 ujemnych w przypadkach badanych przed 5-tym dniem choroby, lub w dniach, poprzedzających ostateczny spadek ciepłoty. Odmienną nieco metodę w badaniu krwi stosuje Schottmüller, który rozporządza najrozleglejszem w tym kierunku doświadczeniem. Wyciąga on z żyły zapomocą strzykawki szklanej Luera 20 ctm.^{3} krwi i rozdziela po 2—3 ctm.^{3} do probówek, zawierających po 6 ctm.^{3} agaru płynnego, ostudzonego do 40^0 i rozmieszawszy wylewa na płytki. Według Schottmüllera uzyskane w ten sposób rozcieńczenie krwi 1: 3 zupełnie wystarcza do zniesienia jej działania bakteryobójczego, a zastosowanie podłoża stałego ma tę wyższość nad płynnemi, że pozwala obserwować rozwój kolonii, a z ich liczby oceniać ilość bakteryj, zawartych w pewnej objętości krwi. Głębokie kolonie przedstawiają się jako czarno-zielone punkty, wzrastające do rozmiarów ziarna soczewicy, powierzchowne mają barwę ciemno-szarą i uzyskują większe rozmiary. Podobnie, jak Courmont, stwierdza Schottmüller, że po upływie 24 godzin nieliczne tylko kolonie zjawiają się na płytkach; przeważna ich część ukazuje się dopiero w ciągu drugiego dnia, a jeszcze i w następnych świeże przybywają; czasem dopiero w 3-cim lub 4-tym dniu ukazują się pierwsze kolonie. W trzech seryach swych badań Schottmüller na 220 przypadków w 182, tj. w 83%, uzyskał hohowle ze krwi; specyalne zestawienie wykazuje, że w 80% badanych przypadków już w pierwszym dniu pobytu chorych w szpitalu można wykazać bakterye we krwi; odsetek wyników dodatnich byłby może jeszcze większy, gdyby w każdym przypadku ujemnym było możliwe powtórzenie badania. Bakterye mogą się znajdować we krwi w ciągu całego trwania gorączki; natomiast nigdy w okresie bezgorączkowym, nawet gdy on poprzedza nawrót choroby, w którym bakterye ponownie zjawiają się we krwi. Najwcześniej udało się je znaleźć w jednym przypadku w drugim dniu choroby; bardzo często znajdowano je trzeciego, czwartego i piątego dnia; ponieważ kilkakrotnie udało się stwierdzić ich obecność w pierwszych 24 godzinach nawrotów choroby, gdzie poprzednio ich nie było w stanie bezgorączkowym, można przypuszczać, że w odpowiednim przypadku możnaby je znaleźć już w pierwszym dniu choroby. Natomiast pod koniec choroby, w dniach poprzedzających ostateczny spadek gorączki, w niektórych przypadkach bakteryi niema już we krwi i te właśnie przypadki stanowią przeważną część wspomnianych 17% wyników ujemnych. Nader ciekawym jest fakt, że kilkakrotnie udało się stwierdzić nieliczne bakterye we krwi u ozdrowieńców, którzy bez wiadomej przyczyny przez jeden dzień okazywali nawrót gorączki, niczem innem nie dający się wytłómaczyć. Zgodnie z doświadczeniem klinicystów, którzy durowi u dzieci przypisują łagodniejszy charakter, badanie krwi u nich w mniejszej liczbie przypadków daje wynik dodatni, a i liczba bakteryi we krwi jest mniejsza, niż u dorosłych. Co się tyczy ilości bakteryi, zawartych we krwi, to w tablicach Schottmüllera waha ona w granicach 5—2000 bakteryi w 100 ctm.^{3} krwi; jakkolwiek oczywiście wahania te w wysokim stopniu są zależne od indywidualności przypadku, to jednak ogółem mała ilość bakteryi u szczytu choroby pozwala spodziewać się pomyślnego przebiegu; znaczne ilości towarzyszą zwykle ciężkiemu obrazowi chorobowemu. Porównywując kilka wyników badań, dokonanych u tego samego chorego, ze zmniejszenia się ilości bakteryi można przypuszczać taką samą skłonność gorączki; stałe zwiększanie się często towarzyszy śmiertelnie kończącym się przypadkom. Zbierając wszystkie te dane, dotyczące bakteryologicznego badania krwi w durze, dochodzimy do wniosku, że metoda ta może oddać niepospolite usługi rozpoznawcze i to właśnie w okresie, gdzie inne często jeszcze wyjaśnienia dać nie mogą, będąc przytem ścisłą, choć niezbyt trudną w wykonaniu.

Badania wyżej przedstawione mają jednak obok praktycznej doniosłości niemałe znaczenie teoretyczne dla patologii sprawy durowej. Znane były już dawniej liczne przypadki, po części bardzo ściśle zbadane bakteryologicznie, w których zmiany w przewodzie pokarmowym są bardzo nieznaczne, ograniczając się do zajęcia jednego, lub kilku mieszków, lub jednej kępki Peyera, lub też zmian tych wcale nie było mimo najdokładniejszego badania; w przypadkach takich ze krwi, śledziony i innych narządów wewnętrznych udawało się wyhodować bakterye durowe, a objawy kliniczne zupełnie odpowiadały klasycznemu obrazowi duru. Takie przypadki wielu autorów opisywało, jako posocznice durowe, wyrażając przez to zapatrywanie, że przedstawiają one zakażenie ogólne, którego wrota mogły stanowić nieznaczne zupełnie uszkodzenia w przewodzie pokarmowym, lub też gdzie drobnoustroje wtargnęły do ustroju, nie wywołując żadnych zmian w miejscu wtargnięcia. Kiedy w ostatnich czasach poznano, że bakterye

durowe są szeroko rozsiane w dotkniętym ustroju, że stale znajdują się w śledzionie i woreczku żółciowym, w różyczce, nader często w szpiku kostnym i w innych narządach wewnętrznych, niektórzy autorowie (Wright i Semple, Sanarelli) rozszerzyli zapatrywanie przed chwilą przedstawione na całą sprawę durową, twierdząc, że jest ona zawsze tylko wyrazem zakażenia ogólnego, że zaś zajęcie przewodu pokarmowego i zmiany tam powstające są tylko umiejscowieniem wtórnem sprawy ogólnej. Do tego poglądu skłaniają się Schottmüller i Widal, upatrując w swych spostrzeżeniach ważne dlań poparcie. Według Schotmüllera sprawa durowa polega na zakażeniu krwi; objawy w przewodzie pokarmowym są wtórorzędne, gdyż może ich czasem zupełnie brakować. Bakterye durowe drogą przewodu pokarmowego dostają się do naczyń chłonnych i gruczołów krezkowych, wywołując tu zmiany, lub ich nie wywołując; czasem może sprawa skończyć się miejscowo, wtedy mamy przed sobą formy lekkie, lub poronne. W innych przypadkach bakterye, przezwyciężywszy zaporę gruczołów krezkowych, dostają się do głównych pni chłonnych, a stąd do ogólnego krążenia, które je roznosi po różnych narządach, a w którem ich obecność nader wybitnie wpływa na objawy ogólne zakażenia. Swoiste zmiany w narządzie chłonnym przewodu pokarmowego są następowem umiejscowieniem sprawy, uwarunkowanem jakąś swoistą skłonnością bakteryi do osiedlania się w tem miejscu, przypuszczenie, które zresztą również jest konieczne dla wytłómaczenia umiejscowienia różyczki lub ognisk martwiczych w szpiku kostnym, czy w nerkach. Pogląd ten, jakkolwiek niezupełnie wolny od zarzutów, ma jednak wiele za sobą; najsłabszą jego stroną jest upatrywanie w zajęciu przewodu pokarmowego umiejscowienia wtórnego sprawy. Znacznie prostszym i jaśniejszym wydaje się pogląd, uważający te zmiany za objaw pierwotnego osiedlenia się bakteryi w tem miejscu; zmiany te czasem oczywiście mogą być bardzo nieznaczne, czasem bakterye mogą wtargnąć do ustroju, nie zostawiając zmian anatomicznych w miejscu wtargnięcia, jak to wiemy z etyologii zakaźnych spraw śródsierdzia; wyjątkowo wreszcie, być może, bakterye mogą wtargnąć do ustroju na innej drodze, jak n. p. drogą łożyska przy posocznicy durowej noworodków. Dalej możnaby zgodnie z Neufeldem zarzucić, że nazwę posocznicy należy zastrzedz dla zakażeń, w których bakterye nietylko znajdują się we krwi, ale i rozmnażają, bądźcobądź jednak nie jest wykluczonem, że w niektórych przypadkach duru stan ten zachodzi. W każdym razie należy uznać, że obecność bakteryi we krwi durowych, obecność stała i dająca się stwierdzić już u samego początku choroby, jest faktem bardzo ważnym dla patologii duru: tylko ona może wytłómaczyć rozsianie bakteryi po ustroju, ona po większej części prawdopodobnie warunkuje objawy ogólne zatrucia i przebieg choroby. Wiemy, że jady bakteryj durowych ściśle są związane z komórką bakteryjną, a uwalniają się z niej, gdy ta komórka ulega działaniu zabójczemu soków ustroju; nigdzie niema po temu lepszej sposobności, jak właśnie we krwi. Z drugiej strony, jak na to wskazują liczne fakta, a i moje badania, które w najbliższym czasie ogłoszę, przebieg zakażenia zależy przedewszystkiem od wzajemnych przystosowań ustroju zakażonego i drobnoustrojów zakażających. Krew jest z natury jednem z najważniejszych miejsc tej walki, a obecność w niej bakteryi, względnie ich liczba, każdorazowym wykładnikiem stanu tej walki; od niej zależeć będzie trwanie choroby, jej przebieg, przerzuty, powikłania następowe i nawroty. Czy dane zakażenie zaliczymy do rzędu posoczniczych, zależeć będzie od przypadku; zaznaczyć należy jednak, że rozróżnianie to ma wogóle względną tylko wartość. Badania lat ostatnich wykazały, że tylko w połowie t. zw. zakażeń posoczniczych klinicznie bakterye ropne znajdują się we krwi (Lenhartz), z drugiej zaś strony, że i w zakażeniach pozornie umiejscowionych, jak w zapaleniu płuc dławcowem, bakterye w znacznej ilości przypadków znajdują się we krwi, dając czasem powód do przerzutów sprawy pneumokokowej, nawet wtedy, gdy sprawa płucna jest bardzo nieznaczna. Trudno wobec tego bezwzględnie oddzielić zakażenia miejscowe od ogólnych, gdy oba są często tylko różnymi okresami tejsamej sprawy, a okazują cały szereg przejść. Wobec tego najracyonalniej będzie uważać sprawę durową za zakażenie swoiste, jużto miejscowe, jużto się uogólniające, w którem bakterye stale prawie dostają się do krwi, a stąd do innych narządów, wyjątkowo zaś znajdują warunki do rozmnażania się we krwi, tj. do wytworzenia klasycznej posocznicy.

Mniejsze znaczenie rozpoznawcze, za to ogromne znaczenie epidemiologiczne, posiada hodowanie bakteryj durowych z moczu w przypadkach swoistego bakteryomoczu. Już dawniej Krause, Seitz, Konjajew, Neumann znajdowali w moczu chorych durowych swoiste bakterye, jednak dopiero prace Petruschkyego, Richardsona, Hortona Smitha, Neufelda i innych nadały sprawie tej znaczenie, jakie obecnie posiada. Z prac tych wynika, że w około $^1/_4$—$^1/_3$ wszystkich przypadków duru występuje swoisty bakteryomocz, najwcześniej pod koniec drugiego tygodnia, przeważnie później, a najczęściej u ozdrowieńców i to czasem nawet w miesiąc po spadku gorączki. Przeważnie wtedy bakterye występują w znacznej liczbie, mącąc widocznie mocz; rzadko tylko znajdują się w moczu bakterye nieliczne, nie zmieniające wejrzenia moczu. Wystąpienie to odbywa się przeważnie nagle tak, że z jednego dnia na drugi mocz, dotąd jasny, okazuje silne zmącenie. Czasem bakteryomoczowi towarzyszy nieznaczne wydzielanie białka lub krwi, często jednak brak zupełnie zmian patologicznych w moczu. Mocz, zawierający bakterye, najczęściej nie drażni zupełnie pęcherza, a tylko czasem powoduje przy pierwszem wystąpieniu lekkie pieczenie w cewce moczowej. Rzadkie są przypadki poważniejszych nieżytów pęcherza, wywołanych przez bakterye; najczęściej cała sprawa, przechodząc bez objawów, uchodzi uwagi pacyenta. Bakteryomocz taki nieleczony może trwać tygodniami i miesiącami; znane są nawet przypadki, w których po 3 i 5 latach można było jeszcze stwierdzić obecność bakteryi w moczu. Z drugiej jednak strony opisano przypadki, w których wśród długiej obserwacyi bakterye tylko jednego dnia zjawiły się w moczu, aby nazajutrz zeń już zniknąć. Źródłem bakteryomoczu są najprawdopodobniej małe ogniska martwicze, wykazane tuż pod torebką nerkową przez Konjajewa, a zawierające swoiste bakterye; są to ogniska przerzutowe, podobnie jak różyczka durowa, lub ogniska w szpiku kostnym. Ogniska te od czasu do czasu uzyskują komunikacyę do dróg moczowych i wtedy zalewają mocz bakteryami. Znaczenie epidemiologiczne bakteryomoczu durowego jest

bardzo doniosłe; łatwo zrozumieć, jak nieostrożne obchodzenie się z moczem, zawierającym np. 172 milionów bakteryj durowych w centymetrze sześc., może się przyczynić do szerzenia choroby. Niebezpieczeństwo jest tem większe, że na ogół mocz dotąd jest uważany za niezakaźny, a jako płyn ma więcej możności roznoszenia zarazka przez rozpryskiwanie się, aniżeli np. stały lub wpółstały stolec. To też należy mocz chorych durowych traktować zupełnie na równi ze stolcem i baczną zwracać uwagę na dokładne i skuteczne odkażanie go. Zadanie o tyle jest ułatwione, że posiadamy w urotropinie swoisty, a niezawodny środek zwalczania bakteryomoczu durowego, to też zwłaszcza w praktyce prywatnej, gdzie niema możności codziennej bakteryologicznej kontroli moczu, należałoby zapobiegawczo w czasie ozdrowienia przez dłuższy czas stosować ten środek.

Wreszcie kilku słowy chciałbym wspomnieć o spostrzeżeniu, ogłoszonem ostatnimi czasy, również ważnem ze strony epidemiologicznej; Gallois, Courcoux i Décobert, badając wydzielinę z zapalenia gardła, towarzyszącego stale początkowym okresom duru, w połowie przypadków mogli zapomocą metody Chantemessa wykazać w niej bakterye durowe. Z drugiej strony wiemy z całego szeregu prac, że w przebiegu duru bakterye durowe, już to same przez się, już to łącznie z pneumokokami, mogą wywołać typowe zapalenie płuc dławcowe, lub zrazikowe i występować w znacznej liczbie w plwocinie dotkniętych chorych. O ile spostrzeżenia te nadal się sprawdzą, mamy tu przed sobą nową drogę szerzenia się sprawy durowej, a być może, że pewne przypadki z przeważnem zajęciem dróg oddechowych w ten właśnie sposób mogą powstawać.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Wyciągi.

Rehfisch (Berlin). **Rokowanie przy tętnie niemiarowem.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 20 i 21, 1903). Udowodnionym przez fizyologów jest pewnikiem, że mięsień sercowy zdolnym jest tętnić zupełnie niezawiśle od układu nerwowego i że tę swoją właściwość zawdzięcza trzem różnorodnym czynnikom: posiada bowiem samoistną pobudliwość, czyli że bodźce powstają śródsierdziowo; powtóre — ma własność udzielania tych bodźców z jednej komórki mięśniowej na drugą, a wreszcie ma zdolność kurczenia się. Jeśli więc jeden z tych czynników jest upośledzony, musi też i czynność serca być zmienioną, ujawniając się w jakiejkolwiek bądź postaci tętna niemiarowego. W prawidłowych warunkach bodźce same przez się powstają w równych odstępach czasu i bywają też rytmicznie udzielane dalszym częściom mięśnia sercowego; — w przypadkach jednak, w których serce ma dokonać większej pracy, bądź to skutkiem zwiększonych oporów, bądź też skutkiem osłabienia nie czyni zadość zwykłym wymaganiom, lub wreszcie, jeśli z przyczyn czysto nerwowych między dwoma skurczami powstają nowe bodźce drugorzędne (*Extrareize*), wówczas pociągają one za sobą i drugorzędne skurcze serca (*Extrasystole* Engelmanna), które pojawiają się przed właściwym skurczem głównym. To jest właśnie najczęstsza postać niemiarowości, znana pod nazwą tętna przepuszczającego (*pulsus intermittens*), identycznego w zupełności z tętnem dwubitnem Traubego (*pulsus bigeminus*). Przedmiotowo można w takich przypadkach stwierdzić jeden lub dwa szybko po sobie następujące tony po dwóch tonach głównych i dłuższą pauzę, po której znów się powtarza to samo. Ręka, położona na okolicę serca, wyczuwa — wprawdzie nie zawsze — drugie uderzenie koniuszkowe, a w tętnicy promieniowej pojawia się dwubitność, której zresztą czasami stwierdzić nie można, a jedynie dłuższa pauza pomiędzy pojedynczemi uderzeniami tętna wskazuje na jakąś nieprawidłowość.

Przy rokowaniu w takich przypadkach trzeba pamiętać, że wymienione poprzednio skurcze drugorzędne (*Extrasystole*) pojawiają się wówczas, jeśli zachodzi niestosunek między siłą mięśnia sercowego, a mającą się wykonać pracą: a więc w przypadkach ogólnej miażdżycy tętnic, dalej u sercowo chorych, wreszcie u osób nerwowych, — nadto w przebiegu chorób gorączkowych i w ostrych zatruciach. Rokowanie więc w zasadzie nie jest niekorzystne, ale w każdym razie zawisło, i to w wielkiej mierze, od choroby pierwotnej.

Jeśli znów drugi czynnik — własność przeniesienia bodźców — jest upośledzony, wówczas uwydatnia się zmiana klinicznie brakiem jednego skurczu komory sercowej, występującym od czasu do czasu, a zatem i brakiem odpowiedniego uderzenia tętna, mającego zresztą tak charakterystyczne znamię, że tę niemiarowość łatwo odróżnić od innej: przerwa między dwoma uderzeniami tętna, wśród których jednego brak, jest zawsze mniejsza, aniżeli dwa okresy zwykłego bicia tętna. W cięższych przypadkach braki tak się mnożą, że następują po sobie po każdem drugiem lub trzeciem uderzeniu tętna, albo też wreszcie tak opanowują cały obraz chorobowy, że tylko od czasu do czasu pojawia się jedno wybitne uderzenie tętna, jak np. w chorobie Adam-Stocka, w której tętno dochodzi do 20 uderzeń na minutę. Tę więc postać niemiarowości tętna (*pulsus deficiens*) należy uważać za daleko niebezpieczniejszą pod względem rokowania — nie wyklucza to jednak zupełnego powrotu tętna do stanu prawidłowego.

Co się zaś tyczy upośledzenia trzeciego czynnika — samego skurczu — to on przedstawia się klinicznie albo w postaci tętna myszkowatego (*pulsus myurus*), albo też tętna przemiennego (*pulsus alternans*). Pierwszy rodzaj tętna odznacza się tem, że bezpośrednio następujące po sobie pojedyncze skurcze mięśnia sercowego stają się coraz mniejsze i słabsze, aż dochodzą do pewnego *minimum*; poczem znów tętno przychodzi do siebie i sprawa zaczyna się na nowo. Pod postacią zaś tętna przemiennego należy rozumieć to tętno, którego graficzna krzywa okazuje wyższe i niższe fale, naprzemian po sobie następujące; temu odpowiadają głośniejsze i słabsze tony nad koniuszkiem serca. Rokowanie w takich razach jest po większej części niekorzystne; przeważna liczba tych przypadków, ogłoszonych w piśmiennictwie, zakończyła się śmiercią; bo też ta postać niemiarowości pojawia się właściwie w ciężkich przypadkach zapalenia śródsierdzia i mięśnia sercowego.

Dr. Henryk Pisek (Podgórze-Kraków).

Kayser. **Przypadek wielokrotnego przedziurawienia jelita w następstwie zostawionego zwitka gazy w jamie brzusznej, wyleczony potrójnem wycięciem jelita i uwagi nad techniką wycięcia jelita.** (*Arch. f. Gyn.* Tom 68, Zeszyt 2, 1903). Po operacyi przepukliny brzusznej u kobiety i zupełnie prawidłowym przebiegu pooperacyjnym wystąpiły w kilka tygodni potem bóle ciągnące w okolicy pępka, głównie po jedzeniu. Badanie brzucha wykazało opór. Ponieważ opór ten nie ustępował, a osłabienie się wzmagało, przystąpiono do powtórnego otwarcia jamy brzusznej. Stwierdzono, że guz wytworzyły zrośnięte ze sobą w zwój jelita, pomiędzy któremi znajdowała się jama, wypełniona płynnym kałem, a na jej dnie zwitek gazy. Jama ta łączyła się zapomocą dwóch dużych otworów z jelitem cienkiem, a czterech mniejszych z jelitem grubem. Wycięto 20 ctm. jelita cienkiego i końce połączono guzikiem Murphyego; z jelita grubego zaś wycięto kliny szerokie z pozostawieniem krezki, a końce połączono szwem jelitowym. Nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Nawiązując do tego przypadku omawia autor kazuistykę tego przedmiotu. Neugebauer opisał 100 przypadków, pozostawionych rozmaitych przedmiotów w jamie brzusznej. Nussbaum ogłosił przypadek, w którym wąż gumowy, zostawiony przypadkowo podczas operacyi w jamie brzusznej u kobiety, wypadł podczas tańca z pochwy. Autor zebrał z piśmiennictwa 21 przypadków, w których zostawiono w jamie brzusznej zwitki gazy i kilka, w których zostawiono gąbeczki. Czas, przez który zwitki gazy pozostawały w brzuchu aż do chwili wystąpienia objawów, był różny, od kilku dni do $2^1/_2$ lat, a nawet w jednym przypadku 7 lat. Pierwsze objawy: dreszcze, nudności, wymioty, zaparcie stolca, ogólne osłabienie, występują zwykle przed upłynięciem czterech tygodni po operacyi. Niekiedy objawy występują gwałtowniej i przypominają objawy niedrożności jelit, lub zapalenia otrzewnej. W ogólności objawy zależą od miejsca, jakie zwitek gazy zajmuje i czy przyjdzie do wytworzenia się ropnia, dalej od stopni i jałowości gazy. Do zrostów z otrzewną przychodzi rzadziej z powodu ciągłych ruchów robaczkowych jelit. Przypadki powyższe, jak i doświadczenia na zwierzętach wykazały, że zwitek gazy może dość długo pozostać bezkarnie w jamie brzusznej i że objawy prawie nigdy nie występują nagle i gwałtownie, ale powoli. Gąbki zostawione w jamie brzusznej, jeżeli nie zostaną szybko usunięte, wywołują w krótkim czasie zejście śmiertelne w następstwie posocznicy. W końcu omawia autor sposoby połączenia końców jelita po wycięciu ich części, a szczegółowo opisuje technikę i zalety metody przez siebie użytej w opisanym przypadku. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Doc. Dr. A. Székely. **Przyczynekdo nauki o zakażeniu płoniczem.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 57—7 B. H. 6, 1903). Autor opisuje przypadek płonicy, wyróżniający się tem, że między zasłabnięciem starszego 5-letniego chłopca, a młodszego 3-letniego, upłynęło dwa miesiące i mimo przeprowadzenia ścisłej desinfekcyi mieszkania i odosobnienia dziecka, w 10 dni po powrocie chłopca młodszego do mieszkania odkażonego nastąpiło zakażenie i to przez przeniesienie maścią cynkową, której matka używała u dziecka chorego, a następnie jej nie usunęła z mieszkania. Że ta, a nie inna okoliczność była powodem zakażenia dziecka młodszego, świadczy fakt, iż w dwa dni po nasmarowaniu nóżki tego dziecka z powodu wyprysku maścią cynkową, przechowaną z okresu płonicy dziecka starszego, wystąpiła typowa płonica, rozpoczynająca się wysypką na nodze nasmarowanej maścią. Przebieg obu tych przypadków płonicy co do zajęcia gardła i co do spóźnionego okresu łuszczenia był jednakowy. Przypadek ten naprowadza autora na myśl szczepienia ochronnego przeciwpłoniczego; zaleca on przechowywanie łusek płonicy przez 1—2 tygodni w maści cynkowej i szczepienia jej w czasie epidemii; w ten sposób z czasem można przyjść do pewnych danych, na podstawie których z czasem będzie można stworzyć teoryę ochronnego szczepienia płonicy. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Dr. M. Cohn. **Wewnętrzne schorzenia i nagłe przypadki śmierci w stosunku do leczenia wyprysku osesków.** (*Die Therapie der Gegenwart*, 6 H., 1903). Że wyprysk przewlekły osesków należy leczyć, jest to rzecz pewna i przesądzona mimo hipotez Henocha, a przeciw temu zapatrywaniu nie przemawiają przypadki nagłej śmierci osesków, obserwowane przez Blocha, Castenholza i innych w przebiegu wyprysku saczącego. Autor opisuje przypadek dziecka 1¼-rocznego, u którego w trzy dni po rozpoczęciu leczenia przewlekłego wyprysku głowy wystąpiły objawy zapalenia nerek. Czy powstanie wyprysku osesków w myśl szkoły wiedeńskiej zależnem będzie od bodźców i szkodliwości zewnętrznych, czy też w myśl szkoły francuskiej zawisłem jest od przyczyn wewnętrznych, to zawsze w chorobie tej muszą brać udział drobnoustroje ropotwórcze, które w siedzibie choroby wytwarzają pewne wytwory przemiany materyi, mogące być wessane przez naczynia i gruczoły chłonne, a następowo dostać się do krwi. Przy szybkiem wyleczeniu wyprysku również szybko zmniejszają się gruczoły chłonne, a przez to toksyny gronkowcowe mogą naraz w większej ilości być wessane i wydzielając się z moczem, zadrażnić nerki.

Dr. Bolesław Komorowski.

W. Cronheim i Müller. **Badanie wpływu wyjaławiania mleka na przemianę materyi oseska, przy szczególnem uwzględnieniu tworzenia się kości.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 57, 7 B., 1. H., 1903). Autorowie dokładnie oświadczają, że nie twierdzą, jakoby wyjaławianie mleka zaznaczać się miało li tylko niekorzystnym wpływem przemiany połączeń wapna. Biologiczne własności mleka odgrywają tu bardzo ważną rolę, a nawet możebnem jest, że w mleku zawarte enzymy i inne działające ciała swoiste, które niszczeją przez wyjaławianie, mają dla osesków znaczenie dotychczas niedostatecznie ocenione, gdyż wpływ enzymów może uwidaczniać się w sposób, usuwający się od dotychczasowych metod badania. Tłuszcz i białko mleka wyjałowionego lepiej się przyswajają i trawią, niż mleka surowiczego; co się zaś tyczy połączeń wapniowych, to przy użyciu mleka surowego prawie dwukrotnie tak wielka ilość wapna osadza się w ustroju, co tylko potwierdza praktyczne doświadczenie, że przy żywieniu osesków mleko wyjałowione podawanem być nie powinno przez dłuższy czas.

Dr. Bolesław Komorowski.

Dr. Hamm (Brunswik). **Rzadki guz przegrody nosowej.** (*München. med. Wochenschrift*, Nr. 8, 1903). H. opisuje rzadki przypadek naczyniaka chłonnego, umiejscowionego na przednim końcu dolnej muszli nosowej lewej. Po usunięciu guza zapomocą pętli nastąpił w krótkim czasie nawrót nowotworu. Po powtórnem usunięcu przyżegał autor ranę z powodu silnego krwawienia 50% rozczynem chlorku cynku. Krwawienie ustało, a guz więcej nie powrócił. Chory ten dawniej cierpiał na ból głowy i przewlekłe zaparcie stolca; z tego autor wnioskuje, że prawdopodobną, lecz nie jedyną przyczyną powstania nowotworu był wzmożony nawał krwi i limfy do głowy. Szczęśliwy wynik leczenia przypisuje autor zastosowaniu chlorku cynku; przetwór ten, zdaniem jego, winien mieć pierwszeństwo przed innymi środkami żrącymi, jak kwas chromowy, galwanokauter i in.; został on niesłusznie w ostatnich czasach zaniedbany i zasługuje na stosowanie nie tylko przy złośliwych, do operacyi nie nadających się nowotworach, lecz także tam, gdzie zachodzi obawa nawrotu. *Spira.*

Doc. Dr. F. Alt (Wiedeń). **O schorzeniu nerwu słuchowego po nadużyciach wyskoku i nikotyny.** (*Monatschrift f. Ohrenh.*, kwiecień 1903). Zakłócenia czynności narządu słuchowego po użyciu chininy i salicylu znane są każdemu lekarzowi. Za mało zaś uwzględnia się takie czynniki przyczynowe, jak zatrucie tytoniem i wyskokiem. Można już wcześnie rozpoznać zapalenie nerwu słuchowego, jeżeli u nałogowego palacza lub pijaka występują przytępienie słuchu i podmiotowe wrażenia słuchowe, przy prawidłowym wyniku badania otoskopijnego i zapomocą strojników. Analogicznie do najcięższych przypadków niedowidzenia (amblyopia) tytoniowego lub wyskokowego należy przypuścić, że także w zakresie nerwu słuchowego mogą nastąpić trwałe i nieuleczalne zaburzenia wskutek przewlekłego zatrucia temi substancyami. Pod względem leczniczym polecić należy bezwzględną wstrzemięźliwość, gdyż tylko ta może prowadzić do wyleczenia, którego nie należy się spodziewać przed 4—6 tygodniami. Ograniczenie używania tytoniu i wyskoku nie wystarcza, gdyż już b. małe ilości trucizny utrzymują stan chorobowy nerwów. Kilka przytoczonych przypadków ilustruje wyżej przytoczone uwagi. *Spira.*

Kehr. **Leczenie chirurgiczne ostrej i przewlekłej niedrożności przewodu żółciowego, wywołanej kamykiem i guzem.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* 1903, Nr. 22). W ostrej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, wywołanej przez kamyk, leczenie wyczekujące jest jedynie prawidłowem i polega na zaleceniu spokoju, gorących okładów, podawaniu eunatrolu, salicylanu sodowego itp. Jeśli zaś napady niedrożności powtarzają się zbyt często, zaleca K. ciepłe okłady (termofor), stosowane dwa razy dziennie przez godzinę, picie na czczo łykami w przeciągu godziny ½—1 litra wody karlsbadzkiej tak gorącej, o ile chory tylko znieść potrafi, przytem spokój, dyeta, lewatywy z oliwy, ewentualnie przepłókiwania żołądka. Skoro to nie pomaga, a dolegliwości są znaczne, należy operować. Przewlekła niedrożność powstaje bowiem prawie wyłącznie z powodu kamyków dużych, nie mogących przejść przez wzgórek Vatera i tu niebezpieczeństwo leczenia wyczekującego jest o wiele większe, niż operacyi, która zapewnia tem lepsze wyniki, im wcześniej jest przedsięwziętą; dlatego K. nie radzi czekać dłużej nad trzy miesiące od początku przewlekłej niedrożności przewodu żółciowego. Najlepiej jest operować w okresie wolnym od kolki i gorączki, lecz zniewolony nieraz do operacyi w czasie nasilenia, osiągnął K. również dobre wyniki. Za najlepszą metodę operacyjną uważa on sączkowanie przewodu wątrobowego, które pod każdym względem jest zabiegiem bezpieczniejszym, pożyteczniejszym i łatwiejszym do wykonania, aniżeli wszelkie inne operacye. K. robi zawsze wielkie cięcie brzuszne i obfitą tamponadę. Ponieważ chorzy z żółtaczką przewlekłą są bardzo skłonni do krwotoków żółciowych (*cholaemisch*), podaje on im przez kilka dni przed operacyą według Mayo-Robsona chlorek wapniowy (*Chlorcalcium*) w lewatywach i przyzwyczaja każdego chorego do zgłębnika żołądkowego, by łatwo zapobiedz bardzo niebezpiecznej ostrej rozstrzeni żołądka. Leczenie pooperacyjne jest prawie ważniejsze, niż sama operacya i pod żadnym warunkiem nie może być oddane w ręce asystentów. Co 2—3 godzin należy zaglądnąć do chorego, by się przekonać, czy nie zachodzi potrzeba wypłókania żołądka, lub podskórnego wlewania rozczynu soli, zmiany opatrunku, która często jest większą sztuką i dłużej trwa, niż sama operacya. Przy niedrożności przewodu żółciowego, wywołanej guzem, doradza K. wykonanie operacyi, gdyż prawie niemożliwem jest rozróżnić raka głowy trzustki i przewodu żółciowego od przewlekłego zapalenia śród miąższowego trzustki, a jeśli w pierwszym razie operacya niewiele pomaga, to skutek jej w zapaleniu trzustki jest nadzwyczaj dobry. *Dr. Fels.*

Dr Pospischill (Wiedeń). **Surowica przeciwpłonicza Mosera.** (*Neue Therapie*, *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 15, 1903). Autor opiera doświadczenia swoje na 26 przypadkach. Wszystkie, z wyjątkiem jednego, były ciężkie, z tych czworo dzieci było w stanie konania. U piętnastu tylko nastąpiło wyleczenie; zwykle następowała poprawa we wszystkich kierunkach, ciepłota obniżała się, tętno stawało się silniejsze, ustępowała sinica, pojawiało się łaknienie, a co najważniejsze, nie było żadnych powikłań następowych. Do każdego wstrzyknięcia użyto 200 ctm. sz. surowicy.

Dr. Włodz. Serkowski (Stryj).

Dr. Credé. **Leczenie schorzeń posoczniczych śródżylnemi wstrzykiwaniami kolargolu.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 1 i 2). W stanach posoczniczych słabego natężenia, jak niemniej w rozpoczynających się sprawach ostrych zakaźnych, zogniskowanych (zapalenie gruczołu sutkowego, zakaźne zapalenie gardła itd.), próbować można wcierań maści Credégo; skoro jednak ogólny stan się pogarsza, nie należy zwlekać z wstrzykiwaniami śródżylnemi. Credé zaleca obecnie rozczyn 2%, z którego wstrzykuje 2—10 sz. cnt., przeciętnie 4—6, t. j. 0·08—0·12 kolargolu. W ten sposób stosowany kolargol działa bezpośrednio zabójczo na bakterye, krążące we krwi. W paru przypadkach spostrzegał autor korzystny wpływ tego sposobu leczenia na gruźlicę płuc. *Herman.*

Prof. Ern. Jendrassik. **Przyczynek do nauki o dziedziczności i chorobach odziedziczonych.** (*Pest. med. chir. Presse* 1902, Nr. 29). Na podstawie 25-ciu historyi chorób, zebranych w 14-tu rodzinach, dochodzi J. do następujących wniosków: 1. Błędem jest uważać bezwzględnie za odziedziczone i rodzinne te tylko przypadki chorobowe, w których tażsama postać chorobowa przydarza się u kilku członków rodziny, albowiem spotykamy także przypadki chorobowe, występujące sporadycznie, oraz w rodzinie dziedzicznie obciążonej mogą przydarzać się wyjątki. 2. Dziedziczenie, jako przyczyna chorobowa, jest swoistem: powoduje ono postacie chorobowe, nie mogące powstawać z innych przyczyn. 3. Dziedziczne postacie chorobowe nie przedstawiają się w obrazach chorobowych typowych, ostro odgraniczonych, lecz różnorodność objawów występuje w nieskończonym szeregu. 4. Choroby dziedziczne nagabywać mogą każdą tkankę ustroju. 5. Objawy chorobowe o niezwykłem uporządkowaniu, wśród przewlekłego, długi czas postępującego przebiegu, odpowiadają z największem prawdopodobieństwem odziedziczonemu zwyrodnieniu. 6. Bliskie pokrewieństwo rodziców wzmaga w wysokim stopniu możliwość zwyrodnienia odziedziczonego.

Dr. Baschkopf.

V. Projekty Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Sniadeckiego, zmierzające do założenia szkoły lekarskiej na Wołyniu.

Studyum historyczne

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Równocześnie z tymi zabiegami w kierunku finansowym odbywały się dyskusye i pertraktacye co do charakteru, jaki szkoła wołyńska ma przybrać. Czacki chciał jej nadać jak najobszerniejszy zakres w kierunku wychowania praktycznego. Jakkolwiek sam nie uczęszczał do szkół publicznych, wiedział przecież dobrze, że wyższe zakłady naukowe i uniwersytety, nie powstają odrazu za jednym zamachem, lecz wymagają dłuższego, często wieki trwającego, przygotowania. Ich potrzebę odczuwa bowiem jedynie ludność wyżej wykształcona i taka jedynie jest w stanie wydać ludzi potrzebnych do obsadzenia katedr. Rozważny, jak we wszystkiem, nie chciał Czacki i tym razem stanąć w przeciwieństwie do szkoły głównej wileńskiej, któraby mogła, jakkolwiek nie musiała, widzieć w przyszłej szkole swą konkurentkę. Takiego zaś podejrzenia chciał Czacki wraz z Kołłątajem uniknąć na wszelki sposób. Zresztą, kto wie, jakby się na tę sprawę zapatrywał książe Czartoryski, w którego zakres działania wchodziły i szkoły wołyńskie, a który, jak to już z natury rzeczy wynikało, obowiązany był do przestrzegania interesów uniwersytetu, poruczonego jego opiece. W zrozumieniu więc interesu przyszłego zakładu naukowego i Wołynian chciał Czacki stworzyć szkołę wyższą, aniżeli gimnazya dzisiejsze, a nie dochodzącą do skali uniwersytetu, a więc zakład, zajmujący miejsce pośrednie pomiędzy temi dwoma ogniskami nauki i oświaty, czyli uniwersytet na małą skalę. „Nie na to poświęcam moy żywot“ pisze do Jana Sniadeckiego, „nie na to Instrukcia publiczna mnię całego zaymuie, abym kilkunastu wydał uczonych: ale aby powszechnie Kray nasz w wyższym był stopniu oświecenia, aby płeć męska i żeńska iednem, iż tak rzekę, duchem oświecenia ożywioną była, aby wpływ dobroczynny nauk pomógł rolnikowi, rzemieślnikowi i ministrowi:... Radziwiłł, Platery, Ollizary, nasze dzieci i synowcowie inney nie potrzebuią szkoły. Jedne pokolenie zda drugiemu potrzebę doskonalenia się w Narodowey szkole. Znikną pomału naszych dzieci cudzoziemscy Guwernerowie. Wróci się duch narodowy. Przysięgam Ci na cienie Oyczyzny, że zrobię za 6 lat, co inni nie dokażą za lat 50[5])“. Takim duchem przejęty, przystąpił wizytator szkół wołyńskich do wypracowania instrukcyi dla gimnazyum krzemienieckiego; to bowiem miano miała nosić nowa szkoła. Na podstawie planu Czackiego program jego przedstawiał się w najogólniejszych zarysach w następujący sposób: Gimnazyum rozpada się na cztery „klasy języków“, t. j. polskiego, łacińskiego, rosyjskiego, francuskiego i niemieckiego i na trzy dwuletnie „kursa nauk“. Do planu tych ostatnich nauk należą: matematyka elementarna i logika, historya i geografia, fizyka i prawo, historya naturalna, chemia i literatura. Prócz tych obowiązkowych przedmiotów miały być wykładane i nauki nieobowiązujące wszystkich, a mianowicie: nauki matematyczne, fizyczne, gramatyka powszechna i bibliografia. Obok gimnazyum miały powstać także zakłady dla nauki ogrodownictwa i rolnictwa, felczerstwa, akuszeryi i weterynaryi, szkoła aptekarzy, instytut dla nauczycieli elementarnych i szkoła dla guwernantek.

Jak we wszystkich ważniejszych sprawach, odnoszących się do oświaty publicznej, tak się też i z tym swoim planem udał Czacki przedewszystkiem do Hugona Kołłątaja, a równocześnie do uniwersytetu wileńskiego i jego kuratora, oraz do Jędrzeja Śniadeckiego. Wiedząc jednakowoż dobrze, że zamiar jego przekracza przepisy z 18 maja r. 1803, normujące stosunki uniwersytetu wileńskiego i jego zakres działania, zwrócił się do rządu z pismem „O Gimnazium w Wołyńskiey Gubernii i innych dla oboiey płci ustanowieniach, uczynione przedstawienie przez Tadeusza Czackiego tey i innych Gubernii Wizytatora Roku 1803“, w którem wyczerpująco uzasadnił swoje co do gimnazyum zamiary. Kołłątaj nie odmówił swojego udziału przy opracowaniu projektu, a wytknąwszy mu niektóre usterki, w sprawach zasadniczych był jednego zdania z Czackim. Inaczej na tę rzecz zapatrywał się kurator i uniwersytet wileński. Im wydawał się plan nauk przyszłego gimnazyum krzemienieckiego nieodpowiednim, gdyż był zanadto obszernym; szczególniej zaś nie odpowiadało im patentowanie cyrulików i akuszerek jedynie na gubernię wołyńską, z czego sobie żadnej korzyści nie obiecywali. Księciu Czartoryskiemu nie odpowiadał ten plan głównie z tego powodu, że nosił na sobie ślady wypracowania gorączkowego, poczętego pod wpływem chwili i że dopatrywał w projekcie przedłożonym ukrytą chęć założenia z czasem uniwersytetu w Krzemieńcu. Zapatrywanie i podejrzenie swoje w tym kierunku wypowiada w ten sposób w liście, wystosowanym z Sieniawy do Jana Śniadeckiego[6]). „Nayszczerszy hołd składałem i składam szanowney gorliwości Stty Nowog: on prawdziwie rzec może *Zelus domus tua comedit me,* lecz względem urządzeń i układu Gymnasium Krzemienieckiego, prawdziwie lękam się *ne zelus comedat et domum.* Znajduję (lichym zdaniem moim) że tu Elementa Ideow pomięszały się w obrażeniu i wystawianiu sobie natury tey instytucyi szkolney którą przyjęto jest nazwać Gymnasium. W Krzemienieckim *video multa mallem multum.* Zdaje mi się przewidywać, że jak nigdy *e cerebro Jovis* w zupełnym rynsztunku zbroyna wyskoczyła Minerva, tak zmierza Gymnasium Krze: do wyskoczenia *e cerebro* Czackiano w zupełnym rynsztunku Uniwersytetu, nie potrzebując już do wzięcia na się tego tytułu jak tylko owych tworczych po Ukazu etc: a *tandem* jeżeli między Instrukcyinemi Instytuciami stopniowania nie będzie, jeżeli między szkołami przygotującemi (*les écoles préparatoires*) żadney nie będzie różnicy, jeżeli w szkołach niższych, gdzie Elementa językow uczonych Grammatikę i Syntaxin etc. dawać należy, toż samo uczyć będą co w Gimnaziach to jest klassiczne kursa odbywać, a w Gymnaziach tegoż samego uczyć zechcą, co w Akademiach ktore są Szkołą wydoskonalenia tamte zaś usposobienia do wstąpienia do nich, wtedy chaos się zrobi i w głowach i w hierarchii“.

Prócz tego powodu, który mu się jako kuratorowi uniwersytetu wileńskiego nasuwał, istniał dla niego jeszcze i drugi. Jako przedstawiciel rządu wobec Wołynian i pośrednik pomiędzy tymi a pierwszym, nie mógł się w sprawie języka

[5]) Kod. nr. 3102 Bibl. Jagiel. list z 8 maja r. 1806.

[6]) Kod. nr. 3104. Bibl. Jagiel. list z 18 go września, 1806 r.

polskiego zanadto daleko posunąć, nie chcąc popaść w niełaskę u rządu, jak znowu z drugiej strony przykro mu było rozstrzygnąć tę rzecz na niekorzyść nowej szkoły. Jednem słowem obawiał się stworzenia kwestyi językowej, której załatwieniem mógł sobie i samej szkole bardzo wielką szkodę wyrządzić. To wahanie się księcia spowodowało żal Czackiego, który wyraża się w liście do Jana Śniadeckiego[7]). „Smutną iest rzeczą dla mnie donieść, że nasz Xiąże nie iest dość mocno przekonaném o potrzebie w całem wydziale zachowania Narodowego ięzyka i że minister urzędownie Xiążęciu Jego potrzebę przedkłada. Minister niezmiernie na mnię iest łaskaw. Xiąże niedowierza swoim dobrym chęciom, i nie śmie takowego kroku zrobić, aby utrwalił swoią budowę“. Więc Piotr Bazylewicz hr. Zawadowski zajął takie stanowisko, jakie raczej przystało Czartoryskiemu zająć i z tego powodu ucieka się Czacki do Jana Śniadeckiego, którego głos naówczas w Petersburgu stanowczo mógł zaważyć, by się zajął gorliwie tą sprawą. „W ręku twoich iest los pokoleń i Narodowości. Od Ciebie zależy utrzymać dzieło, które zaczęła gorliwość“.

Jakiż był plan Czackiego co do gimnazyum wołyńskiego, w szczególności, co do przyszłej szkoły lekarskiej krzemienieckiej? Najważniejsze powody, które mu nasunęły tę myśl i które go skłoniły do wybrania właśnie Krzemieńca, pokrótce wymieniliśmy wyżej. Zastanówmy się teraz nad tem, jak sobie Czacki i Kołłątaj wyobrażali nową szkołę lekarską, gdyż tylko w ten sposób zrozumiemy stanowisko rządu wobec tej części projektu, a Uniwersytetu wileńskiego wobec całego zamiaru Czackiego, wreszcie stanie się nam zrozumiałym los, jaki ten projekt ostatecznie spotkał.

Uczniowie chirurgii, sztuki położniczej i *artis veterinariae* mieli się kształcić wogóle: w 1) matematyce, 2) fizyce, 3) historyi naturalnej i chemii, 4) anatomii i fizyologii, 5) chirurgii i sztuce położniczej i w 6) sztuce leczenia bydląt. W szczegółach przedstawiał się ten plan w ten sposób, że miano podawać uczniom te nauki w trzech kursach dwuletnich. Pierwsze dwulecie miały wypełnić wykłady z zakresu matematyki i anatomii wraz z fizyologią; w drugiem dwuleciu wykładać się miały fizyka i chirurgia, wraz z sztuką położniczą; a w trzeciem — historya naturalna wraz z chemią i *ars veterinaria.* Liczba godzin tygodniowo poświęconych wynosiła na każdym kursie dla każdego z wymienionych przedmiotów 10. Każdy uczeń w całym ciągu nauki powinien był praktykować w swym „respective“ szpitalu. Warunkiem przyjęcia do szkoły chirurgów było ukończenie czterech klas powiatowych, lub też czterech klas parafialnych i tyluż klas gimnazyalnych, tudzież świadectwo zdrowia. Dzieło uwieńczało uzyskanie patentu „chirurga“ i „koniowała“, jeżeli czterej profesorowie historyi naturalnej i chemii, anatomii, chirurgii i sztuki leczenia bydląt uznają kandydata „zdatnym i doskonałym w profesyi[8])“. Porównywując ten projekt z programem przedmiotów, wykładanych mocą ukazu z 18-go maja 1803 r. w Uniwersytecie wileńskim, przyjdziemy do przekonania, że można było otrzymać stopień lekarza w Wydziale wileńskim po wysłuchaniu jeszcze tylko dwóch przedmiotów, t. j. patologii wraz z higieną i terapią, jako też i farmakologii z farmacyą. Liczba profesorów w szkole lekarskiej wołyńskiej miała być o dwóch mniejszą, gdyż tak patologię, jak i farmakologię mieli wykładać dwaj tylko profesorowie. Ta różnica w programach przedmiotów, wykładanych w obydwóch zakładach naukowych, miała na celu odebranie szkole krzemienieckiej prawa wydawania dyplomów doktorskich, a pozostawienie mu jedynie prawa patentowania chirurgów i „koniowałów“ z tym dodatkiem, że patent ten ważny jest jedynie i wyłącznie dla gubernii wołyńskiej. Chirurg i „koniował“, chcący się wystarać o możność wykonywania swojego zawodu w całem imperyum rosyjskiem, mógł uzyskać to samo jedynie przy uniwersytecie wileńskim.

Kobiety, aplikujące się do sztuki położniczej, miały według projektu uczęszczać na dwa dwumiesięczne kursa i w ciągu sześciu miesięcy udowodnić zdolności swoje w szpitalu. Po zadośćuczynieniu tym przepisom, jako też i wymaganiom egzaminacyjnym, mogły one otrzymać patent, upoważniający je do wykonywania swego zawodu jedynie w gubernii wołyńskiej, które to prawo mógł znowu jedynie uniwersytet wileński rozszerzyć na całe państwo.

Tak patent na chirurga, jak i na „koniowała“ lub położną wydawano dopiero po złożeniu odpowiedniej taksy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[7]) Kod. nr. 3102 Bibl. Jag. list z Porycka 5 maja 1806.

[8]) Projekt urządzenia gimnazyum wołyńskiego i t. d. w X. Hugona Kołłątaja korespondencyi listownej, wyd. Kojsiewicza, Kraków 1844.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Na XIII. Zjazd chirurgów polskich, mający się odbyć w Krakowie dnia 13, 14 i ew. 15 lipca r. b.

Zgłosili wykłady w dalszym ciągu:

24. Klecki (Kraków): O fagocytozie.
25. Ziembicki (Lwów): O leczeniu chirurgicznem *ectopiae testis* (do ogólnej dyskusyi).
26. Kryński (Warszawa): W sprawie powstawania i leczenia opadnięcia nerki.
27. Tenże: Temat później zostanie ogłoszony.
28. Łapiński (Warszawa): Bezkrwawe leczenie zwichnień wrodzonych w stawach biodrowych.
29. Krasowski (Stanisławów): Przypadek wielokrotnego przedziurawienia jelit.
30. Kader: Obecny stan chirurgii chorób żółciowych i wątroby (referat).
31. Tenże: Przyczynek do chirurgii czaszki i mózgu.
32. Tenże: O plastyce nerwów i ścięgien w porażeniach i kontrakturach (demonstracye).
33. Tenże: Leczenie *coxitis* w klinice chirurgicznej krakowskiej.
34. Przybylski: Dalsze uwagi nad znieczulaniem lędźwiowem tropokokainą.
35. Zaremba: Leczenie spraw ropnych formaliną.
35. Tenże: O rakach pochodzenia urazowego.
36. Klęsk: Kora mózgowa w świetle badań fizyologii i chirurgii. Przyczynek do nauki o lokalizacyi i regeneracyi ośrodków mózgowych.
37. Majewski: O działaniu kolargolu w sprawach septycznych, z szczególnem uwzględnieniem zakażeń otrzewnej.
38. Tenże: Uwagi nad przebiegiem i leczeniem spraw septycznych ustroju.
39. Schlank: Etyologia. przebieg kliniczny i leczenie ropień gazowych.
40. Filimowski: Topografia wyrostka robaczkowego.
41. Pomorski (Poznań): Operacya doszczętna przepuklin u dzieci.
42. Żuławski (Gorlice): Przedstawienie chorego i preparatu po wycięciu rękojeści i części mostka, oraz kilka słów w sprawie gruźlicy.
43. Barącz (Lwów): Krótki pogląd na obecny stan techniki operacyjnej w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej na podstawie własnych spostrzeżeń.
44. Tenże: W sprawie leczenia tężca wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej.
45. Tenże: W sprawie leczenia chirurgicznego przykurczenia palców Dupuytrena.
46. Tenże: O twardzieli nosa (*Rhinoscleroma*) z demonstracyami.
47. Tenże: Chirurgiczne leczenie skrętu jelita cienkiego (*volvulus ilei*).
48. Tenże: Kilka słów w sprawie leczenia rozpadlin rzyci (*fissura ani*).

Sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy galicyjskich we Lwowie.

Dnia 28 czerwca b. r. odbył się we Lwowie zapowiedziany Zjazd lekarzy galicyjskich celem uchwalenia przygotowanej przez Komisyę organizacyjną Wiecu lwowskiego i Wydział Tow. samopo-

mocy lekarzy, jednolitej organizacyi stanu lekarskiego w naszym kraju. W obradach wzięło udział 150 kolegów, przeważnie z miasta Lwowa i z prowincyi, 2 delegatów Wydziału Tow. Samopomocy: Weinsberg i Słapa, a nadto około 300 lekarzy przysłało deklaracye, w których oświadczają, że do organizacyi przystępują i uznają potrzebę założenia pisma zawodowego, poświęconego interesom coraz bardziej zagrożonego stanu lekarskiego. Z grona profesorów Wydziału lekarskiego we Lwowie przybyli: prof. Gluziński, Kadyj, Kučera, Machek, Mars, Wiczkowski i Ziembicki. Profesorowie krakowscy: Bujwid, Jordan i Wicherkiewicz usprawiedliwili pisemnie swoją nieobecność, oświadczając, że solidaryzują się z proponowaną organizacyą.

Obrady zagaił, witając uczestników Zjazdu, prof. Ziembicki, którego też obrano przewodniczącym; sekretarzowali: Dr. Mikołajski i Ziembicki (młodszy). Po oddaniu przewodnictwa w ręce Dra Galanta, obranego zastępcą przewodniczącego, referował prof. Ziembicki o potrzebie organizacyi wobec coraz gorszych warunków, w jakich się większość kolegów znajduje. Przedstawił dalej wynik prac przygotowawczych i odbytych konferencyi z Wydziałem Tow. Samopomocy, których owocem jest zawarta dn. 22 czerwca b. r. w Krakowie umowa, mająca na celu zespolenie wszystkich lekarzy w jedną solidarną organizacyę pod sztandarem istniejącego już i tak pomyślnie rozwijającego się Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Omówiwszy szczegółowo zmiany, jakie przyobiecał uczynić w statucie swym Wydział tegoż towarzystwa, a polegające przedewszystkiem na tworzeniu okręgów reprezentacyjnych, podlegających w sprawach, obchodzących ogół lekarzy, jednemu centralnemu Wydziałowi, mającemu, jak dotąd, siedzibę w Krakowie, wezwał prof. Ziembicki obecnych, aby gremialnie do Tow. Samopomocy przystąpili i rozpoczęli wydatną agitacyę między kolegami na rzecz tegoż Towarzystwa, jako jedynej od tej chwili organizacyi całego stanu.

W ożywionej dyskusyi zabierało głos kilkunastu mówców, którzy, malując dosadnie opłakane stosunki, zwłaszcza panujące wśród kolegów na prowincyi, oświadczyli się za organizacyą i za wydawaniem osobnego pisma.

Po zamknięciu dyskusyi uchwalono jednogłośnie następujące rezolucye:

1). Zjazd lekarzy, zebranych we Lwowie dn. 28 czerwca 1903 r., uznaje potrzebę ogólnej organizacyi, łączącej wszystkich lekarzy w kraju i wzywa wszystkich kolegów by do Towarzysta Samopomocy lekarzy dla Galicyi, Śląska i Bukowiny przystąpili.

2). Zjazd uznaje za odpowiednie zmiany statutu Tow. Samopomocy lek., proponowane przez komisyę organizacyjną w porozumieniu z Wydziałem Tow. Samopomocy.

3). (Wniosek prof. Kadyja). Zjazd uchwala, że uznaje za obowiązek koleżeńskiej solidarności wstąpienie wszystkich kolegów do Towarzystwa Samopomocy lekarzy i tych, którzyby od tej organizacyi się uchylali, uważa za łamiących zawodową solidarność i odmawia im praw, z koleżeństwa wypływających.*)

Następnie wybrano Komitet wykonawczy, złożony z 18 członków, który ma aż do zatwierdzenia zmienionego statutu Tow. Samopomocy prowadzić sprawy Reprezentacyi lwowskiej Towarzystwa, oraz osobny Komitet redakcyjny dla nowego pisma, którego wydawnictwo uchwalono bez dyskusyi jednomyślnie, polecając aby pierwszy numer wyszedł już 1 sierpnia b. r. Do Komitetu redakcyjnego weszli drowie: Mikołajski, Moszkowicz, Ozarkiewicz, Wątorek i Ziembicki (młodszy) z prawem kooptacyi członków w miarę uznania.

Wyrażono podziękowanie Wydziałowi Tow. Samopomocy za ofiarowane na cele wydawnictwa nowego pisma 1000 koron. i Izbie lek. krakowskiej, która na ten sam cel przyrzekła 400 koron. W końcu uchwalono absolutoryum i podziękowanie dotychczasowej Komisyi organizacyjnej lwowskiej za tak pomyślne przygotowanie całej sprawy i przeprowadzenie doniosłych rokowań wstępnych z Towarzystwem Samopomocy. *Dr. Adam Lange.*

* Co się tyczy tej uchwały, to czytamy w dziennikach politycznych („Słowo polskie" z 2 lipca) następującą uwagę:

Wybrany na konferencyi Komitet wykonawczy rozpatrywał na posiedzeniu w dniu 30 czerwca b. r. konsekwencye rezolucyi prof. dr. Kadyiego. Ponieważ co do treści tej rezolucyi, a mianowicie co do odmawiania praw, z koleżeństwa wypływających, tym kolegom, którzy do organizacyi się nie przyłączą, ujawnia się w kołach lekarzy znaczna opozycya, komitet wykonawczy postanowił sprawę tę oddać pod orzeczenie wszystkich lekarzy w kraju drogą powszechnego plebiscytu lekarskiego. *(Redakcya).*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9. lipca.

* *W sprawach zawodu lekarskiego otrzymujemy następujące komunikaty z prośbą o ogłoszenie:*

(—) Z dniem 1 sierpnia b. r. zacznie wychodzić we Lwowie dwutygodnik, czasopismo zawodowe, broniące interesów lekarzy, pod tytułem: **»Głos lekarzy«** organ lekarzy Galicyi, Bukowiny i Śląska, subwencyonowany przez Towarzystwo samopomocy, Izbę lekarską krakowską, Izbę lekarską lwowską i Towarzystwo lekarzy galicyjskich«. Naczelnym redaktorem wybrany został Dr. Szczepan Mikołajski, a Komitet redakcyjny składają koll.: Moszkowicz, Ozarkiewicz, Pilewski, Wątorek i Ziembicki *(junior)*. Komitet redakcyjny pozwala sobie prosić uprzejmie w odezwie, przysłanej do Wydziału Tow. samopomocy, wszystkich kolegów, tak członków Towarzystwa, jak i nie należących jeszcze do niego, aby raczyli przyjść mu z pomocą przez współpracownictwo w nowym organie i przez szybkie jednanie prenumeratorów, gdyż rozwój pomyślny organu zależy w znacznej mierze od jak najrychlejszego ustalenia bilansu. Dla kolegów, chcących współpracować w «Głosie lekarzy« dodaje komitet informacyę, że każdy numer ile możności powinien stanowić dla siebie zaokrągloną całość i że z tego względu nawet przy omawianiu obszerniejszej sprawy należy rzecz podzielić na parę artykułów o osobnych tytułach, a każdy artykuł może obejmować tylko 150 do 200 wierszy druku, gdyż pismo, mające w pierwszym rzędzie zadanie agitacyjne powinno składać się z krótkich treściwych utworów, łatwych do czytania nawet przy wielkim nawale pracy czytelnika. We wszystkich sprawach redakcyjnych zwracać się należy do redaktora naczelnego (Dr. Szczepan Mikołajski, Lwów, ulica Śniadeckich, Nr. 6). Pierwsze numera »Głosu lekarzy« zostaną rozesłane wszystkim bez wyjątku lekarzom z prośbą o przejrzenie i zaabonowanie. Prenumerata roczna wynosi 6 koron. *Dr. L.*

(—) **W sprawie emerytury dla lekarzy okręgowych.** W celu zapobieżenia zwłoce na czas nieograniczony w przyznaniu emerytury lekarzom okręgowym, prosił mię jeden z wybitnych posłów o dostarczenie mu pewnego materyału statystycznego. W tym celu upraszam lekarzy okręgowych, aby każdy z nich raczył przysłać mi pod wskazanym adresem jak najrychlej następujące wykazy:

1. Jaką pobiera pensyę i ryczałt na objazdy?

2. Ile ma przeciętnie wizyt bezpłatnych (ubogich) w ciągu roku? w tem: ile *a)* bezpłatnych przypadków pomocy położniczej? *b)* operacyj chirurgicznych?

3. W stosunku do ryczałtu po ile koron wypada jeden bezpłatny wyjazd (w celu leczenia ubogich, szczepienia, do nagłych przypadków, przy urzędowych objazdach i t. p.), a po ile koron wypada jeden myriametr?

4. Inne wykazy statystyczne w dotyczącym okręgu, świadczące o postępie asanacyi przy współudziale lekarza okręgowego (o ile dadzą się ująć w liczbach).

Ze względu na czas potrzebny do uporządkowania materyału upraszam o jak najrychlejsze przesyłanie mi odpowiedzi.

Dr. Zasacki, lekarz okręgowy w Szczurowicach koło Brodów.

(—) Za dary, ofiarowane przez WPanią Ściborowską i Dra Jana Metzgera bibliotece Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, składam serdeczne podziękowanie. *Dr. A. Wrzosek,* bibliotekarz.

(—) **Do pp. lekarzy-higienistów.** Na jednem z ostatnich posiedzeń zeszłorocznych wydziału higieny wychowawczej w tutejszem Towarzystwie higienicznem przyjęto wniosek p. K. Króla w sprawie opracowania przystępnego *podręcznika higieny zawodu nauczycielskiego.* Motywy wniosku podał w sprawozdaniu posiedzenia organ Towarzystwa (»Zdrowie», zeszyt styczniowy z r. b.), a tym sposobem wiadomość o sprawie przedostała się już zapewne do szerszego koła lekarzy-higienistów, jedynie powołanych do podjęcia pracy nad ułożeniem wspomnianego dziełka. Ze względu jednak na to, że według oświadczenia wnioskodawcy, wydaniem podręcznika zająłby się chętnie »Przegląd Pedagogiczny«, powtarzamy tutaj wiadomość powyższą, dodając, iż w celu bliższego porozumienia się co do warunków wydawniczych zwracać się należy do naszej redakcyi.

O żywy udział w szczegółowem rozpatrzeniu projektu przed przystąpieniem do ostatecznego opracowania i o nadsyłanie wszelkich pożytecznych uwag upraszamy w imię dobra ogólnego.

Warszawa, Żórawia 41. *Redakcya „Przeglądu Pedagogicznego".*

* W poniedziałek rozpoczyna swe posiedzenia XIII Zjazd chirurgów polskich. O ile z biegiem czasu Zjazdy ogólno-lekarskie tracą na doniosłości naukowej, o tyle na skali wiedzy podnosi się znaczenie i pożytek zjazdów specyalnych. Zjazdy chirurgów polskich są tego spostrzeżenia niezbitym dowodem: z każdym rokiem rozszerzają swój zakres, rozwijają swą pożyteczną działalność; a jeśli dodamy, że poważna i szeroka treść tych zjazdów pociąga pod sztandar chirurgów i specyalistów z pod innego znaku, to wyrazimy tylko sprawiedliwy sąd o świattem i świadomem celu kierownictwie tej instytucyi.

Chirurgom polskim, zebranym na Zjazd w Krakowie, życzymy z całego serca najobfitszych owoców z ich szlachetnych usiłowań dla postępu wiedzy, a w szczególności dla rozwoju chirurgii polskiej.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego zapadła jednomyślna uchwała przystąpienia do budowy własnego domu. Do Komisyi wykonawczej tej uchwały wybrani zostali koledzy: prof. Nowak, Dr. Bielański, Dr. Gwiazdomorski, Dr. Kwaśnicki, Dr. Lustgarten i Dr. Łepkowski. Towarzystwo uchwaliło zaprosić do tej komisyi nadradcę Sarego. Budowa ma się rozpocząć w roku bieżącym.

* W liczbie posłów, wybranych w ostatnich dniach do parlamentu niemieckiego, znajdujemy nazwisko jednego lekarza, Dr. Krzemińskiego, wybranego z Inowrocławia.

* Namiestnictwo galicyjskie przysłało na ręce prezydyum Towarzystwa lekar. krak. zawiadomienie o mającym się odbyć w Brukseli od 2 do 8 września międzynarodowym Zjeździe dla higieny i demografii. Wpisowe (25 franków) należy przesłać pod następującym adresem: Mr. J. Sterckx, trésorier du Congrès. *Bruxelles, rue Beyaerz*, 3. — Program Zjazdu został ogłoszony w »Das österreich. Sanitätswesen«, Nr. 47. 1902 r.

* W Wiedniu zaczął wychodzić nowy miesięcznik p. t. »Österreichische Krankenpflege-Zeitung« pod redakcyą Dr. Segela, z współudziałem Doc. Pilcza i Dr. Stranskyego.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXIV (14—20—VI). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 12, urodziło się dzieci 68, zmarło osób 50, mianowicie: z gruźlicy 15 (5 zam.), z zapalenia płuc 4 (1 zam.), z płonicy 3 (1 zam.), z cholery niemowląt 3.

* Między 17 a 23 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (1 g.), drohobyckim (1 g.), gorlickim (1 g.), horodeńskim (1 g.), jaworowskim (2 g.), kałuskim (3 g.), lwowskim (1 g.), nadworniańskim (4 g.), peczeniżyńskim (2 g.), podhajeckim (1 g.), rawskim (1 g.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (3 g.), stanisławowskim (1 g.), starosamborskim (1 g.), st yjskim (1 g.), tarnobrzeskim (1 g.), tarnowskim (1 g.), tłumackim (1 g.), trembowelskim (2 g.), zaleszczyckim (1 g.), złoczowskim (2 g.), żółkiewskim (1 g.), żydaczowskim (1 g.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Dr. Heitz — profesorem chirurgii. Dr. Baigue — profesorem ginekologii — obydwa w Besançon. Doc. Serbski. — profesorem chorób nerwowych w Moskwie.

Nekrologia. Zmarli: Marek Dobrowolski, lat 65, zmarł w Chersońszczyźnie. Jan Kunicki, lat 42, zmarł w Kurskiej gubernii.

Bibliografia:

— *Biblioteka lekarska.* Zeszyt III, IV, V i VI. Dieulafoy: Patologia wewnętrzna (tłómaczył dr. Józ. Zawadzki). Landerer: Dyagnostyka chirurgiczna (tłómaczył K. Niedzielski). Runge: Położnictwo (tłumaczył Warszawski).

— *Odczyty kliniczne* Nr. 170. Courmont i Montagard: Leukocyty. (Przełożył z francuskiego J. Kolasiński).

— *Gazeta lekarska* Nr. 26. Arnstein: Drgawki ogólne u dzieci. Zembrzuski: O znaczeniu leczniczem alboferyny. Malinowski: Przyczynek do patologii i terapii błonicy i krupu błoniczego (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 26. W. Sterling: Przyczynek do badań nad chorobą Morwana i nad powstawaniem jam w rdzeniu (c. d.). Batawia: Przypadek krwawego potu i krwawych łez na tle histeryi. (dok.).

— *Kronika lekarska* Z. 12. Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi, jako czynnik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtriere.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 5. Krakowski: Zboczenia i zwyrodnienia w narządzie zębowym pod wpływem przymiotu dziedzicznego.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 26. Skála: O exanthemech po antidiftherickém seru (dok.). Komrs: Kapitola o láznich slatinných a massáži ginaekologické. Pitha: Tři ginaekologické případy.

— *La Presse medicale* Nr. 50. Chauffard: Postacie uleczalne krwotoków oponowych w przestworach podpajęczych.

Nr. 51. Vidal i Javal: Leczenie przez dechloruracyę. Wpływ dechloruracyi na obrzęki skórne, wodnistość krwi i białkomocz w pewnych okresach zapalenia nabłonkowego nerek.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 26. Laache: Przemienny stosunek w patologii. Steyer: Dalszy przypadek uciśnięcia jednego moczowodu. Laqueur: Wpływ zdrojów emskich na wydzielanie kwasu moczowego u ludzi. Weissbein: Nowe postępowanie w wytwarzaniu środków odżywczych. Grawitz: Smiertelnie przebiegające chery bez wykazalnej przyczyny anatomicznej (dok.). Maragliano: Walka i uodpornienie ustroju przeciw gruźlicy (dok.). Dunbar: W sprawie etyologii i swoistego leczenia gorączki siennej (dok.). Glaesner: Odczyn tryptofanowy a rak żołądka.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 26. Lion: W sprawie jednoczesnego występowania w moczu cukru owocowego i gronowego. Volhard: O przewlekłym rozroście nieprawidłowym i nerwicach odżywczych skóry w łączności z przyczynkami kazuistycznymi. Schlüter: Pląsawica histeryczna urazowa. Windscheid: Wiąd rdzenia a uraz. Wunschheim: Hemoliza przy zakażeniach doświadczalnych. Marcuse: Rozmiękłe gruczoły w kile wczesnej. Vámossy: Czy „purgen" jest lekiem szkodliwym? Menzer: Surowica przeciwpaciorkowcowa i jej stosowanie u ludzi.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 27. Fink: Przyczynek do poglądów Riedla i Kehra na patologię i terapię kamieni żółciowych. Langstein i Meerwein: Gruber-Widala odczyn surowiczy w żółtaczce. Frendl: Przypadek rzeżączkowego zapalenia wsierdzia. Gruber: Nowe owoce nauki Ehrlicha o toksynach. Statzer: Przypadek pęknięcia „ciąży śródmiąższowej", wyleczony na drodze operacyjnej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 27. Silberschmidt: Wpływ ogrzewania na krzepnięcie mleka krowiego. Grawitz: Ostre wystąpienie odżywczo-nerwowego schorzenia kończyny dolnej. Bial: Rozpoznanie pentosuryi za pomocą odczynu przezemnie podanego. Zesas: Chirurgiczne leczenie puchliny brzusznej przy marskości wątroby. Reiner: Epifizyoliza za pomocą podskórnej periosteotomii w leczeniu kolana koślawego u dzieci. Weil: Przypadek zaklęśnięcia czaszki u noworodka. Kirschner: Sanitarno-policyjne zwalczanie moru (dok.).

Redakcya otrzymała. Haug: Hygiene des Ohres im gesunden und kranken Zustande. — Sekcya higieniczna Tow. higien. w Warszawie: Higiena sportu.. Podciechowski: Stół do porodu w chacie wiejskiej.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**